

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 novembre 1908, à 1 heure

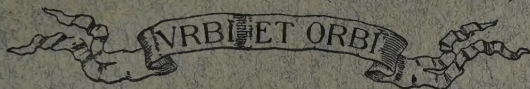
Par **Paul LAFFONT**

Né à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), le 2 janvier 1880
Ancien interne de Saint-Lazare

SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE

ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

(REVUE CRITIQUE ET ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE)



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : { MM. PIERRE MARIE, professeur.
 LOEPER et ZIMMERN, agrégés

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 novembre 1908, à 1 heure

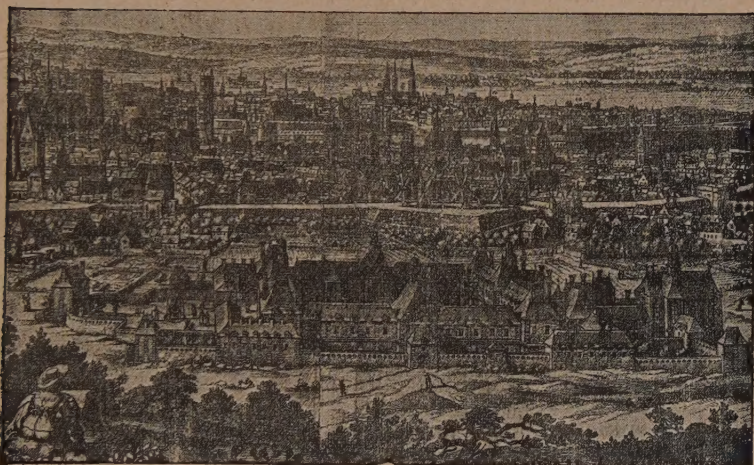
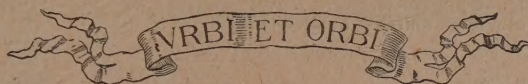
Par **Paul LAFFONT**

Né à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), le 2 janvier 1880
Ancien interne de Saint-Lazare

SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE

ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

(REVUE CRITIQUE ET ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE)



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : { MM. PIERRE MARIE, professeur.
LOEPER et ZIMMERN, agrégés

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale.	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	N***.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÖPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMER
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES

CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Humble hommage de gratitude, de
respect et d'admiration.*

A mes maîtres dans les Hôpitaux : MM. les D^{rs} CHAUF-
FARD, SIREDEY et DELBET, MM. les professeurs BOU-
CHARD, BRISSAUD et RECLUS, M. le D^r JULES RENAULT, dont
je ne saurais oublier la bienveillance pleine d'aménité ;
à MM. les D^{rs} LE PILEUR, JULLIEN, VERCHÈRE, WICKHAM,
EMERY, médecins et chirurgiens de l'Infirmierie de
Saint-Lazare ; à M. le D^r OZENNE, que je remercie sin-
cèrement de ses conseils éclairés ; à la mémoire du
regretté D^r BARTHÉLEMY, — je dédie cette modeste
étude, en faible témoignage de reconnaissance.

P. L.

INTRODUCTION

Si les manifestations générales et les accidents cutané-muqueux de la syphilis n'ont pas manqué de retentir depuis longtemps déjà la sagacité des cliniciens, en revanche, la connaissance des déterminations viscérales tardives de cette maladie est de date relativement récente. Encore, parmi ces dernières en est-il qui, maintenant même, n'ont pas, pour ainsi dire, complètement acquis droit de cité, ou tout au moins, dont l'étude, à défaut d'observations absolument irréfutables, demeure inachevée. Telle est, par exemple, la syphilis utéro-annexielle.

Il faut bien le reconnaître, la plupart des cas, bien qu'encore peu nombreux, publiés jusqu'à ce jour, tant à l'étranger qu'en France, sur cette intéressante question, ne sont pas à l'abri de toute critique ; il leur manque, en majeure partie, le contrôle anatomo-pathologique, et même, quand celui-ci existe, n'est-il pas toujours aussi méthodique et aussi rigoureux qu'on serait en droit de l'exiger. Néanmoins nous avons pensé qu'il serait

intéressant de tirer un travail d'ensemble de la réunion et du groupement des observations éparses jusqu'ici dans les périodiques. Depuis plus de deux ans que nous avons eu l'idée de cette thèse, nous avons soigneusement recherché la syphilis utéro-annexielle chez les nombreux malades qui nous sont passées devant les yeux à l'infirmerie de Saint-Lazare. Bien que nos recherches soient restées infructueuses, sans doute parce que la plupart des femmes que nous avons eu à examiner étaient des syphilitiques jeunes, encore en poussée contagieuse, et bien que nous ne puissions, malheureusement, joindre à cette étude l'apport d'aucun fait clinique personnel, dûment vérifié par l'examen histologique des lésions et appuyé sur les données récentes de la bactériologie, — nous croyons cependant avoir obtenu par l'étude approfondie que nous avons faite de ce sujet, un certain nombre de résultats, sinon très précis, du moins assez importants pour mériter quelque attention. Si parfois nous restons dans le doute, c'est qu'il nous aura été impossible de répondre avec certitude, et si nous sommes obligé de laisser quelques points dans l'ombre, nous avouerons en toute franchise notre ignorance, persuadé qu'il vaut mieux signaler une lacune que de la déguiser. Nous avons réuni dans ce travail le plus grand nombre de faits possible, moins pour établir sûrement l'existence et la réalité de la syphilis tertiaire de l'utérus et des annexes, encore mise en doute par certains esprits sceptiques, que pour faire ressortir par comparaison les caractères qu'ils présentent, et pour distinguer ainsi ce qui en forme l'élément

nécessaire de ce qui n'est qu'un phénomène accessoire. Nous avons tenu, afin d'être complet, à rapporter ici tous les faits, même ceux dont la nature spécifique demeure insuffisamment démontrée, nous réservant de les signaler chemin faisant.

Après un exposé historique, aussi explicite que possible, nous ferons l'examen critique des observations, nous bornant à ne considérer comme démonstratives que celles qui auront été accompagnées de constatations anatomiques et dans lesquelles aura été nettement établi l'effet curateur du traitement mercuriel. Nous essaierons ensuite d'en dégager un exposé descriptif de l'anatomie des diverses altérations constatées, et une étude analytique de la symptomatologie et des types principaux qui pourraient naître de la classification de ces différentes altérations et localisations morbides. Nous chercherons enfin s'il n'est pas possible de trouver, dans les constatations autopsiques ou opératoires et dans les signes cliniques décrits, quelques particularités utiles au diagnostic si délicat de la syphilis utéro-annexielle tertiaire, et à son traitement.

PREMIÈRE PARTIE

SYPHILIS TERTIAIRE DE L'UTÉRUS

GÉNÉRALITÉS ET HISTORIQUE

La syphilis, maladie infectieuse, agit à la manière d'une toxi-infection, en envahissant l'organisme tout entier et en frappant ses éléments anatomiques les plus divers dans leur vitalité. La découverte du spirochète dans les viscères et la circulation sanguine des hérédo-syphilitiques (Ravaut et Pouselle, Ribadeau-Dumas et Poisot) est venue fournir une interprétation pathogénique au polymorphisme des manifestations cliniques de cette maladie, et nous expliquer comment le virus syphilitique peut porter, dans certaines conditions, son action élective et exclusive sur tels ou tels points de l'économie. Certains sont plus volontiers touchés, mais aucun n'y échappe. Il semble donc fort improbable à *priori* que l'utérus et les annexes soient soustraits à la

règle générale et bénéficient d'un non lieu vis-à-vis de la contamination spécifique.

Et cependant, l'histoire de la syphilis utérine tertiaire n'est pas de date ancienne; niée formellement par un grand nombre, contestée par la plupart, elle a été souvent prise, dans ses manifestations variées, pour des affections mieux connues de l'appareil génital de la femme, pour des fibromes ou des cancers de la matrice, alors qu'il s'agissait très probablement de lésions gommeuses ou ulcéreuses, ou encore pour de la métrite sénile, alors qu'on avait affaire selon toute vraisemblance à une angio-sclérose de l'utérus avec métrorrhagies rebelles. Et ceci ne doit guère nous surprendre, si nous songeons qu'il y a à peine vingt ans, on discutait encore pour savoir si telle gomme perforante du voile du palais était de nature tuberculeuse ou syphilitique ! C'est avec le développement des connaissances cliniques et étiologiques de la pathologie utéro-annexielle, et grâce au progrès de l'anatomie-pathologique et de la bactériologie, grâce aussi à une plus grande facilité de contrôle que nous fournit la pratique journalière de la laparotomie, que l'on est arrivé peu à peu à édifier le chapitre, encore incomplet et inachevé, de la syphilis utérine tertiaire. C'est là une œuvre d'autant plus laborieuse et difficile, que la syphilis utérine n'a pas pour se traduire de signe distinctif, qu'elle emprunte le syndrome utérin commun à la plupart des affections gynécologiques, que, d'autre part, les antécédents pathologiques spéciaux de la malade font habituellement défaut, sont ignorés ou obstinément cachés, et qu'enfin

l'examen anatomo-pathologique, quand on peut le pratiquer, n'apporte pas toujours de preuve formelle à la nature spécifique des accidents.

Et c'est pourquoi l'étude de la syphilis utérine n'a pu être faite d'emblée, à la vive clarté des symptômes objectifs, comme la syphilis périvulvaire, périanale ou cutanée. Elle a été édifiée péniblement, lentement, par déduction, toujours à tâtons pour ainsi dire, en comparant des faits cliniques incomplets avec des résultats thérapeutiques, obtenus presque par hasard, en tenant compte de notions éparses dues soit à des épisodes chirurgicaux, soit à des constatations anatomiques détachées de leurs observations dont la signification avait jusque-là échappé.

Duparque (*Mal. de la Matrice*, Paris, 1839, t. I, p. 339.) nous semble avoir été un des premiers, qui, dans une observation demeurée célèbre, ait décrit sciemment la syphilis tertiaire ulcéreuse de l'utérus. Après lui, Montanier et Velpeau observèrent une femme de 50 ans, chez laquelle ils furent amenés à faire le diagnostic de syphilis gommeuse du corps utérin. La tumeur utérine qu'ils avaient constatée disparut en totalité sous la double influence d'un traitement mercuriel et ioduré. Aux deux observations très remarquables de Duparque et de Montanier, il convient d'ajouter celle de Humbert Mollière (de Lyon) qui, en présence d'une jeune femme chez laquelle il soupçonna « un ulcère utérin fongueux », institua le traitement d'épreuve, et put voir les phénomènes de cachexie rétrocéder et disparaître définitivement. Non moins instructives, non moins intéressantes sont l'ob-

servation d'Afanasier, cité par Feulard, dans laquelle il est question d'une femme atteinte de tumeur gommeuse de l'utérus, et celle de Morgan, qui eut la bonne fortune de constater, au cours de l'autopsie d'une femme de 32 ans, sur le fond de l'utérus, « une petite tumeur bien circonscrite, ferme et résistante, ayant les caractères d'une gomme. » Avec cette lésion coexistaient des gommages de l'arrière-gorge et du rein gauche. Si les cas des auteurs précédents sont des cas purement cliniques, sans aucune vérification anatomique, mais dans lesquels a été seulement constaté l'effet curateur du traitement hydrargyrique, il n'en est pas de même de celui de Morgan, qui revêt une importance toute particulière, du fait des constatations anatomiques effectuées au cours de l'autopsie.

A la suite de ces auteurs, il nous faut signaler les observations récentes de Wolter, qui guérit par la médication mercurielle une gomme syphilitique ulcérée de l'utérus, celle de Gelli, et celle de Morisani, dans lesquelles il s'agissait très probablement d'angiosclérose syphilitique tertiaire de l'utérus. C'est surtout à Morisani que nous sommes redevables de la première description complète de cette variété anatomo-pathologique, qu'il eut l'occasion d'étudier sur une malade atteinte de métrorrhagies rebelles.

Depuis lors, sont venus s'ajouter à cette liste, déjà longue, les cas signalés par les auteurs italiens, Spinelli (9 cas), Franceschini, La Torre (2 cas), Aicvulli (1 cas), Betti (2 cas), Garafalo (1 cas), Longui (2 cas), Nicola de Pace (1 cas), et parmi les cliniciens français

Saguet (1 cas), Barthélemy (1 cas), P. Petit (1 cas), M^{lle} Robineau (2 cas), Pinard, Verchère, etc.

Enfin, récemment, Joukowsky, de Saint-Pétersbourg, a publié un cas de ménorrhagie avec colite et syphilis de l'utérus, chez un nouveau-né, avec constatations nécropsiques, qui confirmèrent le diagnostic d'hérédo-syphilis. On ne peut donc pas prétendre qu'il y ait pénurie de documents relatifs à la syphilis utérine. Certes, que le dossier de la syphilis tertiaire de l'utérus soit encore fort incomplet, et que, parmi les observations parues, beaucoup ne puissent pas résister à une critique serrée des faits, qu'il manque à la plupart le témoignage de l'anatomie pathologique, tout cela ne saurait être nié. Mais de là à refuser tout crédit, en bloc, à toutes les observations relatives à cette importante question, nous ne le croyons pas. Souvent, sans doute, le diagnostic n'a reposé que sur des probabilités, des vraisemblances ; souvent les auteurs semblent avoir porté à la légère un diagnostic aussi délicat. Il est néanmoins quelques observations — malheureusement trop peu nombreuses — dans lesquelles sont consignés les résultats des constatations anatomiques macroscopiques et microscopiques et qui, de ce fait, sont à l'abri de toute suspicion ; il en est d'autres, — les plus nombreuses, celles-là, — dont l'authenticité nous semble très contestable, dans lesquelles le diagnostic causal n'a été fait que par exclusion, dans l'impossibilité de mettre une autre étiquette sur des lésions souvent étranges, et sans anamnestiques suffisants pour faire soupçonner la syphilis ; et d'autres enfin, où

c'est surtout grâce à la coexistence d'autres lésions syphilitiques tertiaires de la vulve, de la bouche ou des téguments, grâce aussi au succès rapide du traitement mercuriel après échec des autres moyens employés en gynécologie, — que l'origine spécifique des accidents utérins a été incriminée, et ces observations, quoique susceptibles de critiques, peuvent être considérées comme des cas de syphilis utérine très probable, sinon rigoureusement certaine.

S'il est peut-être un peu prématuré d'entreprendre une étude générale sur ce sujet qui, malgré tous les essais synthétiques, manque encore de précision, au moins pourrons-nous prétendre à indiquer, dans une sorte de mise au point, l'état actuel de nos connaissances en matière de syphilis utéro-annexielle. Car, ce qui est vrai pour la syphilis tertiaire de l'utérus, l'est peut-être encore davantage pour la syphilis tertiaire tubo-ovarienne, et nous n'y reviendrons pas quand nous l'étudierons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'étude des accidents syphilitiques de l'utérus, à toutes les périodes, il est essentiel d'établir tout d'abord une distinction capitale, qui tient au siège de ces lésions.

1° Les unes, siégeant sur le col de l'utérus, dans son segment intra-vaginal, c'est-à-dire sur le museau de tanche, appartiennent aux lésions décrites avec celles de

la zone génitale, et sont perceptibles par le spéculum, ou parfois même sensibles au doigt vaginal; aussi rien d'étonnant que l'étude anatomo-clinique n'en reste plus à faire.

2° Les autres, siégeant dans l'isthme et le corps de l'utérus, échappent à l'investigation directe, et pour cette raison sont bien moins connues.

Barthélemy, dans son étude sur la syphilis tertiaire de l'utérus, divise le sujet, au point de vue anatomo-clinique, en syphilis tertiaire du col de l'utérus, à forme ulcéreuse ou gommeuse, et syphilis tertiaire du corps, pour laquelle il distingue des formes ulcéro-gommeuses, et des formes scléreuses; des premières relèvent les infiltrations gommeuses, les gommès proprement dites, les syphilides végétantes et papillomateuses, et les syphilides ulcéro-fongueuses; parmi les secondes, au contraire, il range le syphilome infiltré et les scléroses localisées.

A son tour Franceschini décrit :

- a). — La syphilis ulcéreuse du col.
- b). — La leucoplasie du col.
- c). — L'angio-sclérose syphilitique tardive de l'utérus.
- d). — La sclérose syphilitique totale ou partielle de l'utérus, avec ses deux variétés : atrophique ou hypertrophique.
- e). — La syphilis gommeuse du corps utérin.
- f). — Les ulcérations fongueuses intra-utérines.

Nous adopterons, pour notre part, la classification suivante :

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| I. <i>Syphilis tertiaire</i>
<i>du col de l'utérus.</i> | { A). Forme ulcéro-gommeuse.
{ B). Forme leucoplasique.
{ C). Forme scléreuse. | | | | |
| II. <i>Syphilis tertiaire</i>
<i>du corps</i>
<i>utérin.</i> | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="321 277 497 486"> { A). Formes
 ulcéro-
 gommeuses </td> <td data-bbox="497 277 917 416"> { a). Infiltrations gommeuses.
 { b). Gommès proprement dites.
 { c). Syphilides végétantes.
 { d). Ulcérations fongueuses intra-
 utérines. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="321 486 497 637"> { B). Formes
 scléreuses. </td> <td data-bbox="497 416 917 637"> { a). Leucoplasie de la muqueuse
 endo-utérine.
 { b). Sclérose syphilitique totale ou
 partielle de l'utérus, atro-
 phique ou hypertrophique.
 { c). Angio-sclérose syphilitique de
 l'utérus (artérite syphilitique
 de l'utérus). </td> </tr> </table> | { A). Formes
ulcéro-
gommeuses | { a). Infiltrations gommeuses.
{ b). Gommès proprement dites.
{ c). Syphilides végétantes.
{ d). Ulcérations fongueuses intra-
utérines. | { B). Formes
scléreuses. | { a). Leucoplasie de la muqueuse
endo-utérine.
{ b). Sclérose syphilitique totale ou
partielle de l'utérus, atro-
phique ou hypertrophique.
{ c). Angio-sclérose syphilitique de
l'utérus (artérite syphilitique
de l'utérus). |
| { A). Formes
ulcéro-
gommeuses | { a). Infiltrations gommeuses.
{ b). Gommès proprement dites.
{ c). Syphilides végétantes.
{ d). Ulcérations fongueuses intra-
utérines. | | | | |
| { B). Formes
scléreuses. | { a). Leucoplasie de la muqueuse
endo-utérine.
{ b). Sclérose syphilitique totale ou
partielle de l'utérus, atro-
phique ou hypertrophique.
{ c). Angio-sclérose syphilitique de
l'utérus (artérite syphilitique
de l'utérus). | | | | |

Ces différents aspects anatomiques de la syphilis tertiaire de l'utérus se rapportent évidemment tout aussi bien à la syphilis héréditaire qu'à la syphilis acquise.

I. — SYPHILIS TERTIAIRE DU COL UTÉRIN

Envisagées dans leur ensemble et relativement aux autres manifestations de la syphilis, les accidents tertiaires siégeant sur le col utérin, sont de constatation rare ; ils sont beaucoup plus rares que le chancre utérin ou les syphilides secondaires, que l'on considère eux-mêmes comme relativement peu fréquents, bien que leur fréquence réelle ne soit pas encore exactement appréciable. Et encore, parmi le petit nombre des lésions tertiaires du col, faut-il remarquer que la presque totalité sont dépourvues de tout symptôme distinctif, de telle sorte qu'on doit, comme c'est souvent le cas en syphiligraphie pour reconnaître la nature spécifique

de la lésion en cause, faire appel à ce juge en dernier ressort qu'est le traitement mercuriel.

Quels sont les différents *aspects anatomo-cliniques* que ces lésions peuvent revêtir ?

a). — La plus commune est la *forme ulcéro-gommeuse*. Les *syphilides ulcéro-gommeuses du col utérin* sont de notion déjà ancienne. Signalées par Troncin en 1857, elles ont été observées plus tard par Mollière, de Lyon, qui en a rapporté un cas dans lequel la lésion ulcéreuse simulait un cancer, et fut guérie en quelques semaines par le traitement mercuriel. Depuis lors, des observations semblables ont été publiées. Lebert et Morgan ont constaté des cas de gommages du col, dûment vérifiées à l'autopsie ; mais Ricord et Fournier n'ont jamais constaté que la variété ulcéreuse. Plusieurs moulages de l'hôpital Saint-Louis représentent des syphilides ulcéreuses du col ou des gommages ulcérés avec leurs caractères habituels. Ces caractères sont ceux de toutes les ulcérations syphilitiques tertiaires. Ces lésions siègent soit au centre même du museau de tanche, soit sur les portions excentriques du col, ce qui est plus rare. « Sur les nombreux moulages que nous avons sous les yeux, écrit Barthélemy, les deux tiers occupent le centre et s'étendent sur les deux lèvres ; un tiers affecte une des deux lèvres, ou une zone de l'une d'elles, ou enfin une région quelconque du col éloignée du centre. Dans quelques cas, la lésion est creusée dans la substance même du col, et l'on y retrouve le symptôme de l'ulcération taillée à pic. Dans d'autres, la forme en C majuscule est absolument réalisée.

Dans celui-ci, la lésion est peu étendue, occupe un point seulement d'une lèvre, mais elle est si nettement circonscrite, les bords sont si bien limités qu'on reconnaît vite la spécificité. Dans deux cas seulement, les ulcérations, grisâtres dans leur centre, bien limitées par les bords rouges et tranchés, sont au nombre de deux, l'une de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, l'autre de celle d'une pièce de 20 centimes. Dans un cas, la lésion est turgescence, exubérante, au lieu d'être creuse, et se présente sous l'aspect d'un ulcus élévatum (Verneuil) ; certaines sont végétantes, on a même dit papillomateuses, sans être ulcérées. » (Barthélemy, in *Syphilis tertiaire du vagin et du col de l'utérus*.) Mais dans un certain nombre d'observations, et notamment dans plusieurs des cas rapportés par Franceschini, l'ulcération, quoique asymétrique par rapport à l'orifice du col, se prolonge et se perd dans le canal cervical. C'est là un fait très important, qu'il convient de mettre en lumière, et qui, à lui seul, permettrait d'établir, *à priori*, selon toutes vraisemblances, l'existence d'une syphilis ulcéreuse de l'utérus.

La coloration de semblables lésions est assez variable, suivant les cas ; ordinairement d'un rouge vif, avec un piqueté de points jaunâtres ou grisâtres, elle peut passer plus rarement au rouge sombre et violacé ; enfin, plus rarement, elle est blanchâtre ou d'un jaune sale, et se détache nettement de la coloration des parties avoisinantes. Le fond peut être le siège d'une suppuration toujours peu abondante ; ou bien, il est tapissé par une couenne pseudo-membraneuse, diphtéroïde, ou recouvert d'un bourbillon jaunâtre ; quand il

est détergé, il se présente sous un aspect lisse et luisant. Les bords en sont peu surélevés, le plus souvent, mais cependant très nets, tantôt réguliers, plus rarement déchiquetés ou festonnés. La réaction inflammatoire de voisinage est généralement très minime ; le col reste ordinairement normal, à la périphérie de la lésion dans sa consistance, dans sa configuration et dans son volume.

b. — La localisation de la syphilis secondaire sur le col utérin peut laisser à sa suite, tout comme c'est la règle pour la bouche ou la vulve, une *leucoplasie*, constituée par un tissu blanchâtre, nacré, presque luisant, envahissant tout ou partie du col utérin, se présentant soit sous forme de bandes parallèles, ou entrecroisées, formant quadrillage. Mais cette leucoplasie peut être primitive. « Parfois, dit Franceschini, tout le col paraît pâle, blanchâtre, fendillé, presque mûriforme, et tel qu'il rappelle la langue scrotale. A la palpation, l'utérus est bosselé, dur, à surface raboteuse. Les irritations locales (leucorrhée et malpropreté) sont les causes provoquant la leucoplasie utérine, qui, ordinairement, passe inaperçue parce qu'elle n'est pas sentie par les malades et parce que, dans les formes légères ou initiales, elle peut offrir l'aspect d'un utérus pâle et rugueux au lieu d'un utérus leucoplasique. Cette sorte d'analogie anatomique qui existe entre le muscle de la langue et le muscle de l'utérus rend bien naturel le développement de la leucoplasie de l'utérus. En effet, il s'agit de deux organes renfermés tous les deux dans deux cavités (bouche et vagin), sur lesquelles la leucoplasie est fréquente ; ils sont tous les deux soumis sans cesse à des causes

irritatives et destructives de l'épithélium (tabac, leucorrhée, malpropreté, urines, coït). Pour ces raisons, de même que chez l'homme, le cancer le plus fréquent est celui de la bouche et de la langue, chez la femme, c'est celui de l'utérus. » (Franceschini, *De l'origine syphilitique de quelques cancers utérins.*) — MM. Jayle et Bender, dans un article récent sur la leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus, distinguent une leucoplasie de la muqueuse vaginale du col et une leucoplasie de la muqueuse endo-utérine (canal cervical et cavité corporelle). En ce qui concerne la première, la seule dont nous ayons à nous occuper pour l'instant, ils recommandent de ne pas la confondre avec la *leucoplasie fausse*. « Chez les femmes atteintes de métrite chronique, on constate assez communément sur le col, au pourtour et au niveau de son orifice ou sur une de ses lèvres, des plaques blanchâtres, opalines, de forme parfois lenticulaire et plus fréquemment irrégulières, dont le contour se confond insensiblement avec la muqueuse voisine ; au lieu de plaques, on peut trouver des bandes de même aspect. A la simple inspection, ces plaques ressemblent à des plaques leucoplasiques vraies ; mais elles s'enlèvent aisément par le frottement, et au microscope on les trouve formées par un coagulum fibreux englobant un plus ou moins grand nombre de leucocytes et des cellules épithéliales desquamées. » (F. Jayle et X. Bender. « La leucoplasie de la vulve, du

1. Voir Verdalle : Leucoplasie du col de l'utérus ; ses rapports avec la syphilis, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* 1894.

vagin et de l'utérus », in *Presse médic.*, 21 avril 1906, n° 32.)

Au point de vue histologique, ces mêmes auteurs ont constaté des lésions analogues à celles de la leucoplasie vulvaire, caractérisées par l'hyperacanthose, l'hyperkératose et l'hypergranulose. Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces trois caractères essentiels, la leucoplasie revêt un aspect macroscopique différent, et ces modifications sont sans doute liées à la plus ou moins grande ancienneté des lésions.

c). — A la forme leucoplasique se rattache la *forme scléreuse*, bien étudiée par Doléris (*Arch. de Tocologie*, 1885, p. 319); cette dernière ne passe souvent inaperçue du médecin que parce que la plupart du temps elle ne se manifeste par aucun symptôme douloureux, et parce qu'aussi elle peut être tout à fait localisée en un point du museau de tanche et se dérober à l'œil du gynécologue. Elle est partielle ou totale, peut survenir d'emblée ou consécutivement à une ulcération syphilitique, à quelque stade de la syphilis que cette dernière appartienne. On sait, en effet, depuis longtemps déjà, que le chancre syphilitique du col utérin, le plus fréquent des accidents reconnus syphilitiques du col (Barthélemy), d'après les statistiques de Jullien, de Fournier, de Martin, de Carrier et de Bureau, s'accompagne dans un certain nombre de cas d'une induration analogue à l'induration cartilagineuse ou ligneuse du gland, due à la même cause, que cette induration soit généralisée, étendue à tout le col, ou qu'elle soit circonscrite, limitée à une lèvre (Jullien, Schwartz, in thèse de Paris,

1873 ; Desprès, 1870). Celle-ci peut à son tour laisser à sa suite une rigidité syphilitique de l'orifice utérin, qui, dans certains cas, a été une cause de dystocie, ainsi qu'en témoignent les observations de Blanc (*Lyon Médical*, 1872), de Mesnard (Bordeaux, *Arch. de Tocologie*, 1872), de Shaw-Mackensie (Philadelphie, *Lancet*, 1879), et tout récemment de Martin (Thèse de Lyon), de Rudaux (Société d'Obstétrique) et de Brassart (*Echo méd. du Nord*, 1903). Si l'origine syphilitique de semblables déformations orificielles est souvent difficile à mettre en évidence, il est néanmoins des cas probants, où le diagnostic est certain. Tel est, par exemple, le cas de Blanc, où l'évolution morbide a été suivie sans interruption depuis la localisation primitive de la syphilis sur le col, jusqu'à l'induration consécutive du col, « la rigidité due d'abord au chancre spécifique ayant laissé après la guérison de celui-ci une induration profonde et persistante du col. » — L'accident primitif, localisé sur le col, n'est pas seul capable de déterminer cette rigidité cicatricielle ; elle survient aussi à la suite de la localisation d'accidents secondaires en ce même point, et dans ce cas, les observations publiées signalent une infiltration hypertrophiante du col, le plus souvent aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Ces scléroses peuvent persister très longtemps après la disparition des accidents qui leur avaient donné naissance.

Il en est de même des syphilides tertiaires ulcéro-gommeuses, qui aboutissent parfois à l'hyperplasie conjonctive et élastique, puis à une dégénérescence fibreuse, dont le point de départ se fait autour de la lésion, mais

qui peut s'étendre bien au delà des limites de cette dernière. Quand la sclérose envahit le col en totalité, celui-ci est le siège d'une hypertrophie régulière, en masse; c'est ce que l'on a décrit sous les noms de syphilome diffus, d'hypertrophie syphilitique du col (Rollet, Guérin, Gosselin, Fournier). Il est, dans ce cas, très notablement induré, d'une induration élastique, difficile à percevoir, mais que l'on peut apprécier cependant en le plissant entre deux tiges de bois. Sa coloration n'est plus rouge ou rosée, mais grisâtre, bleuâtre, ardoisée. Il n'est le siège d'aucune cicatrice, d'aucune néoformation vasculaire. Il ne saigne que très difficilement, mais parfois son volume est considérable, tandis que le corps utérin a conservé ses dimensions normales ou est à peine hypertrophié. Le col prend une forme en bouchon de champagne, comme dans le cas de métrite parenchymateuse (Cornil, *Leçons de Lourcine sur les métrites*). — Enfin, dans un certain nombre de cas, la forme scléreuse peut se constituer *d'emblée*, « par lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ainsi que du tissu conjonctif interstitiel, mais sans antériorité de lésion ulcéreuse. » (Barthélemy). — Il se produit alors un processus analogue à celui qu'on peut observer plus fréquemment et plus facilement à la langue ou aux lèvres, et en particulier à la lèvre supérieure. Ces lésions de sclérose, de sclérème localisées au parenchyme utérin du col sont bien nettement spécifiques; quand on songe, en effet, à les rapporter à leur véritable origine et qu'on donne le traitement, on voit les dimensions et la coloration du col redevenir normales

l'induration disparaître, laissant à sa place la souplesse d'un col sain.

Telles sont les différentes formes anatomiques qu'est susceptible de revêtir la syphilis tertiaire, quand elle se retranche sur le col de l'utérus. Nous ne voulons pas y insister davantage, parce qu'elles constituent, dans cette étude sur la syphilis utérine tertiaire, la partie la mieux connue et la plus généralement admise.

II. — SYPHILIS TERTIAIRE DU CORPS DE L'UTÉRUS

A). — Parmi les *syphilides ulcéro-gommeuses*, qu'elles soient dues à la syphilis acquise ou à l'hérédosyphilis, on peut distinguer :

- a). — Les infiltrations gommeuses ;
- b). — Les gommès proprement dites ;
- c). — Les syphilides végétantes ;
- d). — Les ulcérations fongueuses intra-utérines.

a). — *L'infiltration gommeuse* peut se présenter isolément ou être associée à des gommès ou autres lésions syphilitiques de l'utérus. Dans un certain nombre de cas, cet organe s'est montré le siège d'une inflammation diffuse entre les infiltrations gommeuses ; mais c'est l'observation publiée par Montanier et Velpeau qui est la plus intéressante : une femme de 50 ans, syphilitique ancienne, portait une tumeur abdominale arrondie, dure, un peu bosselée. « On cherchait vainement le col, on ne trouvait qu'une masse sans forme déterminée, avec un léger hiatus que le toucher et le spéculum indiquaient comme l'orifice du col. » Il s'agissait, dans l'espèce,

d'une infiltration spécifique, gommeuse, que le traitement (sublimé et mercure) fit disparaître entièrement.

b). — *Les gommès proprement dites* ont été constatées par un certain nombre d'auteurs : elles entrent, en effet, pour une part importante, dans la pathologie syphilitique tertiaire de l'utérus, surtout si l'on songe qu'elles peuvent, par leur caséification, provoquer des ulcères ou par leur réparation entraîner des cicatrices ultérieures. Quoi qu'il en soit, et à ne considérer ici que les gommès syphilitiques proprement dites, elles peuvent être isolées, disséminées ou groupées. Ce sont soit des tumeurs arrondies, soit de véritables plaques d'induration, très nettement limitées; elles sont de dimensions variables, oscillant entre la grosseur d'une amande et celle d'un œuf de pigeon et jusqu'à une tête de fœtus. On peut, du reste, rencontrer dans un même utérus une quantité variable de gommès disséminées, de dimensions variables, d'âges différents, et à des degrés différents de leur évolution; elles peuvent coexister avec des ulcérations et des fongosités. Elles peuvent siéger en n'importe quel point de l'utérus, dans la paroi antérieure, dans la paroi postérieure, sur le fond (Morgan). La coloration de ces néoformations est en général blanchâtre ou jaunâtre (Lebert); leur consistance dure et les contours bien limités (Lebert, Morgan). Athanasier, cité par Feulard, en a observé un certain nombre. Lebert en rapporte un cas : « Après incision, on rencontre dans le parenchyme utérin plusieurs petites tumeurs de la même couleur jaunâtre et composées des mêmes éléments que les gommès du

cœur. En même temps, les deux ovaires, plus volumineux qu'à l'état normal, renfermaient dans leur épaisseur plusieurs petites tumeurs blanchâtres dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un haricot, isolées ou confluentes. Le tissu ovarique tout autour est dur, rouge, assez vascularisé... » L'observation de Morgan (1871), annexée à ce travail, est un bel exemple de syphilis gommeuse de l'utérus, en coexistence avec des gommages multiples de l'arrière-gorge et du rein droit.

La constitution anatomique de la métrite gommeuse a été magistralement décrite par Barthélemy de la façon suivante : « S'il est donné de pouvoir explorer directement cet ulcère, on trouve à l'incision, soit nettement interstitielle, soit sous un péritoine épaissi avec lequel des adhérences sont contractées, soit enfin plutôt vers la cavité et la muqueuse intra-utérine, des tumeurs dures, mais non arrondies, non lisses, non pas parenchymateuses ou simulant une masse musculaire comme font les fibromes ; mais des tumeurs ovalaires en forme de grosses amandes, formées d'une épaisse couche fibreuse, à feuilles concentriques très serrées, et donnant à l'extérieur des prolongements fibreux qui se ramifient plus ou moins loin. A l'intérieur, qui est d'ailleurs cloisonné par des bandes fibreuses multiples et entrecroisées sans ordre, une sorte d'amas jaunâtre ressemblant plus à de la poix qu'à tout autre produit, les tumeurs semblent bien être plutôt des vestiges de néoplasme sclérogommeux que des fibromyomes dégénérés et contenant seulement les traces de très anciennes hémorragies. Ces lésions sont de volumes très différents, allant du noyau

de cerise à l'œuf de pigeon et existant ordinairement en deux ou trois groupes de trois ou quatre lésions chacune. On n'y a jamais trouvé d'éléments tuberculeux et bacillaires ; et, comme ce sont au contraire les antécédents de la syphilis ou de parasymphilis conceptionnelle qu'on rencontre le plus ordinairement en pareil cas, il n'est pas déraisonnable de penser que ces lésions dérivent de la syphilis plutôt que d'une autre cause. »

Il est regrettable que le petit nombre d'autopsies ou d'examen après hystérectomie pratiqués jusqu'à présent soit encore insuffisant pour établir d'une manière définitive la nature spécifique de semblables productions morbides, mais il faut espérer que, grâce aux nouvelles méthodes de laboratoire, on arrivera à en fournir la preuve histologique et bactériologique. Malgré tout, on peut au moins considérer comme très vraisemblable que l'utérus puisse devenir le siège de productions analogues aux gommes du cœur (Congrès de Berlin, 1904) et de l'estomac (Klebs, Chiari, Stolper, Buday, Bittner), dont la réalité anatomique ne laisse plus de doute désormais et demeure amplement démontrée.

« Qui dit gomme, dit ulcération possible », ainsi que le fait remarquer judicieusement Barthélemy. C'est dire que la gomme nodulaire de l'utérus ou la gomme infiltrée peuvent suivre leur évolution naturelle et aboutir à la formation d'une ulcération dont l'étendue et la forme varient, cela va de soi, avec l'étendue et la forme des noyaux gommeux qui se caséifient.

Les lésions vasculaires coexistent souvent avec les

tumeurs gommeuses. Morisani, Ozenne, etc. ont noté la fréquence de l'angio-sclérose et signalé la disposition nette des cellules d'infiltration autour des vaisseaux sanguins. L'endopériartérite n'est pas rare en pareil cas.

c). — *Syphilides végétantes*. — Il existe, localisée à l'utérus, comme elle peut l'être au vagin, une forme végétante et papillomateuse de la syphilis tertiaire. Cette variété d'endométrite tertiaire est d'ailleurs très rare, et il convient simplement de la signaler.

d). — *Ulcérations fongueuses intra-utérines*. — Cette forme anatomique grave de la syphilis utérine tertiaire est des plus importantes. Bon nombre des observations publiées, en particulier celles de Gelli, de Morisani, de Franceschini, de La Torre, de Pinard, rentrent très probablement dans cette catégorie.

« Dans ce cas, la surface intérieure est plus ou moins ulcérée, la muqueuse peut présenter des végétations, des creux inégaux, des fongosités avec suintement séreux ou purulent, parfois même hémorragique. Le corps de l'utérus est grossi uniformément ; il peut être mobile et est toujours indolent. On peut rencontrer en même temps une tuméfaction œdémateuse du vagin et l'atrophie du canal cervical. » (Franceschini, *loc. cit.*)

Parfois, la muqueuse ou les couches sous-jacentes sont le siège de fissures, de crevasses spécifiques, donnant à l'endomètre un aspect analogue à celui de la langue rembourrée de noisettes. « Le râclage explorateur de l'utérus peut fournir un abondant matériel fongueux qui, à l'examen, montre une muqueuse en grande

partie dégénérée et nécrotique, avec des infiltrations étendues, parvicellulaires dans la paroi utérine. » (*Id.*) Cette syphilis ulcéreuse du corps utérin peut être accompagnée d'adénopathie inguinale, tout comme le cancer utérin avec lequel elle est ordinairement confondue.

B). — *Syphilis scléreuse tertiaire du corps de l'utérus.*

a). — *La leucoplasie*, qui parfois se cantonne à la muqueuse vaginale du col, peut cependant envahir le canal cervical et la muqueuse endo-utérine, lorsque sur cette dernière un épithélium pavimenteux vient se substituer, en totalité ou en partie, à l'épithélium cylindrique. C'est là, sans doute, une substitution exceptionnellement rare, et à peine connue, mais qui n'en existe pas moins. « Elle est prouvée, d'une part, par la constatation d'un épithélium pavimenteux à la surface des fragments ramenés par curettage dans des cas d'endométrite chronique; d'autre part, par l'existence aujourd'hui avérée d'épithéliomas pavimenteux primitifs du corps utérin. Cette substitution est due sans doute en partie aux divers modes de traitement médical utilisés dans les métrites chroniques. » (Jayle et Bender, *loc. cit.*)

Voici une observation démonstrative à l'appui: Chez une malade, MM. Jayle et Bender ont constaté après hystérectomie que la muqueuse du canal cervical était le siège d'un épaissement manifeste, d'apparence lisse, de coloration d'un blanc opalescent. « Les lésions s'étendaient au delà de l'orifice interne sur la face postérieure de la cavité utérine jusqu'à l'union de son tiers inférieur

avec son tiers moyen ; il existait à ce niveau une large plaque à bord irrégulier, dont la couleur opaline tranchait nettement sur la coloration rosée de la muqueuse demeurée saine. Histologiquement, il existait une acanthose particulièrement marquée au niveau du canal cervical. On ne trouvait de l'hyperkératinisation qu'en certains points limités ; il n'existait pas de couche granuleuse. » La présence de cellules à éléidine dans la muqueuse endo-utérine a cependant été signalée par quelques auteurs, en particulier par Zeller et Piering.

b). — *Syphilis scléreuse tertiaire du corps de l'utérus*). — La syphilis, dont l'action s'exerce si puissamment sur les artères et sur le cœur, est une maladie sclérosante au premier chef ; elle l'est au même titre que la tuberculose (Teissier) ou que l'arthritisme (Riche-lot). Or, comme, en pratique, la syphilis, la sclérose et l'arthritisme sont loin de s'exclure, mais s'accommodent au contraire fort bien d'une action en commun sur le même individu, on peut considérer que ces causes infectieuses générales, par leur association, et parfois même par leur adjonction à des inflammations localisées à l'appareil génital de la femme, soient susceptibles de provoquer et de constituer un état scléreux de l'utérus, tout comme cela se produit pour d'autres organes dont les réactions à longue échéance à l'égard du virus spécifique sont mieux connues : et nous songeons surtout au foie, sur lequel la syphilis semble porter avec prédilection son action isolée, à une date tardive, éloignée de ses premières manifestations, et est capable de déterminer une cirrhose syphilitique, hépa-

tite diffuse ou hépatite nodulaire. Pareille chose doit se passer pour l'utérus : en effet, la sclérose, aboutissant fréquent des lésions primaires, secondaires ou tertiaires, qui peut porter, dans un certain nombre de cas, comme nous l'avons déjà vu, sur le col de la matrice, n'épargne pas non plus le corps de cet organe, — soit qu'elle exerce son action sur la totalité de l'utérus ; produisant alors le syphilome infiltré, — soit, mais plus rarement, qu'elle se localise en un point quelconque du tissu utérin, pour créer une sclérose localisée, à type atrophique ou le plus souvent hypertrophique.

Quand il s'agit d'un syphilome infiltré, la nature et l'évolution des lésions sont différentes suivant les cas : parfois, mais exceptionnellement, les infiltrations aboutissent à des ulcérations dissimulées au hasard sur la surface de la zone indurée ; d'autres fois, ce qui se manifeste le plus fréquemment, il n'y a pas de travail de ramollissement, pas de processus ulcéreux, — mais formation de placards, de plaques épaissies, de surfaces indurées, dus à la coalescence de noyaux ou nodules primitifs confluents ou réunis par groupes à éléments très serrés. Il se produit là un processus analogue à celui qui envahit le testicule syphilitique ; on peut ainsi observer de véritables plaques de blindage, des calues, dont l'existence est si suggestive aux yeux du syphiligraphe. Ce qui frappe tout d'abord, dit Brioude (th. de Paris, 1896, p. 33), c'est la dureté de la matrice consécutive à des lésions syphilitiques. Astruc avait déjà signalé cette induration spéciale à laquelle il donnait le nom de « squirrhe vénérien » ; et Whitehead, instruit par son

expérience personnelle, a pu constater à plusieurs reprises qu'elle s'étend d'abord au segment inférieur de l'utérus et qu'elle envahit tôt ou tard la totalité de l'organe, et même le paramétrium. « L'hypertrophie et l'induration sont les caractéristiques de cette forme tardive de la syphilis utérine de type scléreux : cette hypertrophie et cette induration peuvent être limitées au segment inférieur de l'utérus, mais peuvent être aussi étendues à tout le corps utérin et même atteindre le paramètre. » (Franceschini, *loc. cit.*) Le péritoine peut, en effet, être intéressé en pareille occurrence, ainsi qu'en font foi plusieurs observations.

Ainsi que le fait remarquer Barthélemy, « les scléroses syphilitiques ne sont pas que scléro-fibreuses, fibreuses ou conjonctives comme des cicatrices ; elles sont douées de propriétés plus élastiques que le doigt sait apprécier. Ce qui ne les empêche pas, d'ailleurs, si elles se développent sur ou dans des organes creux comme l'intestin ou l'utérus, etc., d'aboutir à des rétrécissements fibreux. »

c). — *Angio-sclérose tertiaire de l'utérus.* — Mais les lésions de sclérose du parenchyme utérin sont très rarement isolées, et il est bien exceptionnel qu'elles ne coexistent pas avec des altérations à point de départ vasculaire et à extension périvasculaire, ou même qu'elles ne soient pas précédées par elles. C'est ce qu'après Pozzi, Morisani a désigné sous le nom d'angio-sclérose envahissante, car le processus débute par les artères et se diffuse ensuite dans le tissu conjonctif interstitiel de l'utérus. Parfois même, cette artérite syphilitique ter-

taire existe à peu près exclusivement, et la participation du tissu utérin est très minime. La syphilis, dit M. Franceschini, étant avant tout une maladie du sang et partant des vaisseaux, peut se manifester dans les formes tertiaires par une angio-sclérose syphilitique localisée seulement aux vaisseaux utérins, sans une affection concomitante spécifique des ovaires et des trompes, et cela conformément à la tendance naturelle de la syphilis d'attaquer isolément et partiellement les organes, ainsi qu'il arrive par exemple dans l'artérite cérébrale syphilitique. Cette localisation tardive de la syphilis de l'utérus, sous forme d'altération vasculaire, ne peut être considérée comme une étrange et inexplicable rareté clinique, si l'on songe que même dans la période secondaire, l'utérus est souvent le siège d'hémorragies abondantes dues à des altérations spécifiques de l'organe ayant le caractère d'hyperémies actives.

Nous venons de voir que, d'ordinaire, ces deux variétés anatomo-pathologiques : la sclérose utérine syphilitique tertiaire et l'artérite syphilitique tertiaire, se trouvent fusionnées pour constituer l'endométrite syphilitique, dans laquelle il y a coexistence des lésions vasculaires et des lésions du tissu utérin, avec toutefois prédominance habituelle des premières ; aussi, croyons-nous préférable de tracer une étude d'ensemble des altérations macroscopiques constatées en pareil cas, en essayant de décrire successivement celles du tissu utérin et celles des artères et des veines.

La sclérose ne se manifeste pas constamment par la

prédominance de l'hypertrophie du tissu conjonctif, mais il peut y avoir hypertrophie en masse des éléments fibro-myomateux (Brioude, *loc. cit.*, p.35). Dans les formes hypertrophiques généralisées de l'utérus syphilitique, on peut avoir une inflammation remarquable, avec des altérations de la muqueuse : dans le tissu interstitiel et même dans les fibres musculaires, de sorte qu'il en résulte une myométrite. « Si la prolifération cellulaire est peu abondante, d'après Virchow, sa substance intercellulaire augmente : les cellules conservent leur caractère fusiforme ou stelliforme du tissu conjonctif, ou bien elles prennent la forme arrondie propre aux cellules de granulation. » Bonnet, dans sa thèse (*De la métrite syphilitique*. Th. de Paris, 1886. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 174) a schématisé les faits de la façon suivante :

« L'utérus est très dur ; scléromyomatose utérine généralisée ; sclérose interstitielle ; induration profonde du parenchyme ; métrite scléreuse hypertrophique généralisée ; métrite totale hypertrophique ; hypertrophie de l'utérus, sclérose de toute la tunique musculaire avec artérite et périartérite. La sclérose s'étend aux ovaires, qui sont parfois polykystiques. L'iodure de potassium est souvent très utile. »

M^{lre} Robineau (du Havre) a publié au Congrès gynécologique de Rouen (avril 1904) une observation de syphilis de l'utérus, qui a donné lieu à une discussion intéressante et qui a confirmé les faits observés et étudiés par Morisani, Franceschini, etc.

Tels sont les points qui sont indiqués le plus fréquem-

ment par les observateurs, Martineau, Richelot, Labadie-Lagrave, Petit, Ozenne, sans compter les auteurs italiens. En résumé, dans la sclérose syphilitique de l'utérus, on pourrait, avec Franceschini, distinguer les états suivants correspondant à autant de formes cliniques:

— Période d'artérite syphilitique sans altérations macroscopiques appréciables dans la forme et dans le volume de l'utérus ;

— Période de sclérose commençante, locale ou générale avec induration ligneuse de l'utérus ;

— Période d'hypertrophie utérine maxima, avec gigantisme utérin ;

— Période d'atrophie avec un utérus infantile, aux parois musculaires presque disparues, un peu confuses et perdues dans les adhérences péritonéales.

La première période de sclérose est représentée symptomatiquement par des hémorragies abondantes, cédant au traitement spécifique. La période d'hypertrophie est caractérisée par l'induration et par la grosseur de l'utérus, par les métrorrhagies et par les congestions douloureuses. La période d'atrophie se caractérise par la débilitation générale, par la leucorrhée ou par les métrorrhagies, par l'allongement des divers segments de l'utérus, par la lenteur des fonctions, par l'atrophie de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux et de la muqueuse utérine. D'après ses observations, le même auteur a constaté que la période d'hypertrophie syphilitique de la matrice est d'autant plus longue que la malade est plus éloignée de la période de la ménopause, et l'atrophie de l'utérus d'autant plus précoce que l'époque de la

ménopause est plus rapprochée. En outre, les processus locaux sont modifiés manifestement dans le sens de l'hypertrophie fibreuse sous l'influence de l'infection syphilitique prolongée et non mercuriellement combattue.

L'utérus est un organe complexe qui peut être atteint dans chacune de ses parties constitutives, ou dans la totalité de son tissu. La muqueuse est intéressée parfois seulement à sa surface, dans son épithélium, tout comme on le voit à la langue, par exemple. Les altérations épithéliales, souvent partielles, sont exceptionnellement généralisées, et dans ce cas, la généralisation est rare d'emblée et due bien plutôt à des poussées successives qui n'ont jamais été spécifiquement combattues.

Les fibres musculaires sont altérées dans leurs diverses couches, l'utérus étant, comme le cœur, atteint, lui aussi, plus souvent qu'on ne le croit, de sclérose spécifique ; les cellules de la fibre musculaire étant remplacées par les fibres de la sclérose, le muscle s'atrophie ou devient fibreux et la sclérose se constitue, tout comme elle se formerait dans le poumon ou dans le foie et telle qu'on la voit aussi se produire dans les ongles hypertrophiés et indurés, épaissis et déformés.

Mais ce qui domine, c'est l'altération constante des vaisseaux, et particulièrement des artères de l'utérus ; de là les troubles de la nutrition déjà signalés, disparition du tissu noble remplacé par le tissu scléreux, altération des tuniques vasculaires aboutissant à l'oblitération partielle et finalement à la rupture, cause déterminante des métrorrhagies.

Boldt (*Caractères de l'Endométrite syphilitique*, Acad.

de Méd. de New-York, 27 avril 1899) a décrit un état particulier de mollesse du tissu utérin, accompagné d'hémorragies importantes, qui coïncidait avec la syphilis, et qui put être amélioré par le traitement spécifique. Quant à définir cet état spécial que l'on rencontre dans l'endométrite syphilitique, Boldt déclare que c'est là chose difficile, et il le compare à la sensation que donne une éponge humide. Wells, appuyant les conclusions de Boldt, croit que dans l'endométrite syphilitique, l'endométrium est généralement très mou et que le râclage ne donne que des améliorations passagères.

Gino Gelli (« Endométrite fongueuse syphilitique », *Semaine médicale*, 20 juin 1896) ne doute pas de l'existence d'une endométrite fongueuse syphilitique, et rapporte un cas observé par lui chez une femme de 54 ans. Neumann (« La syphilis du vagin, de l'utérus et des annexes, Munich. *Semaine médicale* (1895), p. 643-684-727-774-830) étudie les altérations syphilitiques du vagin et de l'utérus, mais en se bornant à exposer les manifestations récentes et superficielles de ces organes. Ces observations, il faut bien le reconnaître, n'ont de valeur qu'au point de vue clinique, car il y manque le contrôle anatomo-pathologique, et, dans l'espèce, l'étude microscopique des altérations du tissu utérin et de son système vasculaire. Plus démonstrative nous semble l'observation de Théodore Morisani, dans laquelle l'examen histologique des produits de râclage, chez une femme de 40 ans, a permis d'éliminer sans réserves toute idée d'une dégénérescence maligne. En raison de la fréquence et de la gravité des métrorrhagies, en l'ab-

sence de lésions appréciables productives, en raison de l'augmentation d'épaisseur de toute la paroi utérine postérieure, cet auteur élimine le corps fibreux interstitiel, et conclut à la possibilité d'une endométrite hémorragique, avec altération profonde des vaisseaux, surtout des vaisseaux de petit calibre, veineux aussi bien qu'artériels ; toutefois c'est la lésion artérielle qui est prédominante. Cette artérite ou plutôt cette endo-périartérite présente un ensemble de caractères tels qu'il est possible d'admettre qu'elle s'est développée sous l'action et qu'elle peut être considérée comme étant sous la dépendance d'une artérite symptomatique d'une syphilis tertiaire. Nous résumerons les résultats de l'examen macroscopique et microscopique, renvoyant, pour l'observation complète au dernier chapitre de cette thèse.

Utérus doublé de volume. Ilôts d'hypertrophie et d'atrophie sur la muqueuse. Pas de fibrome. Annexes normales, etc.

Muqueuse épaissie, avec érosions multiples et disparition totale de l'épithélium cylindrique. Glandes légèrement dilatées, ayant conservé leur épithélium. Tissu connectif sous-épithélial épaissi avec foyers hémorragiques. Faisceaux musculaires dissociés, par prolifération des éléments du connectif interstitiel et par dépôts de sang extravasé. Espaces lymphatiques dilatés. Perte de souplesse et d'élasticité des vaisseaux sanguins, état tortueux, épaississement ou amincissement des parois suivant les points. Augmentation du nombre des petits vaisseaux dilatés et épaissis par infiltration parvicellulaire de leur tunique interne. Grand épaississement du

connectif sous-endothélial de la tunique interne des artères. Dans celle-ci, nombreux amas de fibres élastiques. Membrane élastique festonnée. Amincissement de la tunique moyenne, réduite à une masse homogène sans trace de structure. Grand épaissement de l'adventice, qui forme une gaine fibreuse autour des vaisseaux. Dans les veines, altérations identiques avec toutefois prédominance évidente du tissu connectif.

Morisani fait remarquer que les altérations histologiques, surtout les altérations vasculaires, suffisent à expliquer le mécanisme de la production de l'hémorragie.

En effet, la substitution d'un tissu élastique aux fibres musculaires de la tunique des vaisseaux, l'épaississement considérable des vaisseaux, spécialement des petites artères, font qu'elles se contractent avec une moins grande énergie et ont de la tendance à rester béantes. En outre, la sclérose utérine transforme l'organe en un tissu rigide, dans lequel le pouvoir contractile normal est gravement compromis. Ces deux facteurs donnent la clef des hémorragies graves et persistantes favorisées par les fonctions menstruelles ou toute autre cause capable de congestionner l'utérus.

Une première question se pose maintenant :

En quoi l'histologie diffère-t-elle dans l'endométrite syphilitique et dans l'endométrite des autres causes?

Divers auteurs ont pu constater, dans différentes affections de l'utérus, après hystérectomie, des lésions des vaisseaux, analogues, mais non identiques à celles décrites dans l'observation de Morisani. Mais, si la plu-

part n'ont pas omis de noter le rôle important que joue le système vasculaire dans la genèse des différents processus pathologiques à localisation et à évolution utérine, en revanche bien souvent ils n'ont pu démêler l'origine et la nature des hémorragies. C'est ainsi que Olshausen (*Mal. des ovaires*, 1896, p. 446), de Sinéty (*Traité de gynécol.*, 1896), Gallard et Churchill (*Mal. des femmes*, p. 494), Cornil (*Anat. pathol. des métrites. Journ. des connaiss. médic.*, 1888) ont constaté l'épaississement des vaisseaux de l'utérus et l'hyperplasie conjonctive, dans diverses formes de métrites chroniques. Mais en pareil cas, ces lésions artérielles et veineuses se trouvent associées à des lésions concomitantes de très grande importance siégeant sur la muqueuse, dans les couches musculaires, — si bien qu'au lieu d'être le point de départ du processus inflammatoire de l'utérus, les altérations vasculaires n'en sont ici que la conséquence.

Stepkowsky (Leçons sur les métrorrhagies de cause inconnue. *Gaz. sek.*, page 1329, 1896), à propos de 3 cas de métrorrhagies incoercibles survenues chez des vierges et observées à la clinique de Neugebauer, exclut d'emblée l'existence d'une dégénération maligne de la muqueuse et conseille l'hystérectomie. Ces observations ont peu de valeur, faute d'un examen anatomique. Il en est de même pour les cas de Jakson (*Med. Venz.*, 1889), au nombre de quatre, et de Courtes (*Traité pratique des mal. de l'utérus*, 1878, p. 500) qui rapporte quelques cas de métrorrhagies essentielles, sans cause ni altérations bien déterminées, — de Obe (*Gaz. méd. de*

Paris, 1860, p. 557) et de Withesead qui ont trait à des métrorrhagies, suivies de mort, sans que l'examen nécropsique ait permis de reconnaître des altérations suffisantes pour expliquer la terminaison fatale.

Delbet (*in* Duplay et Reclus, cas d'endométrite hémorragique) signale une abondante prolifération vasculaire, les artères et les veines ayant acquis un calibre considérable et une forme irrégulière. Selon cet auteur, la muqueuse utérine, sous l'action microbienne, se transforme pour ainsi dire en tissu caverneux. — Quénu (*De la transformation caverneuse de la muqueuse utérine dans certaines formes de métrites. Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1893, XIX, 613) rapporte un cas d'endométrite hémorragique chez une femme de 34 ans, guérie après excision de la presque totalité de la muqueuse utérine, et dans laquelle l'examen histologique lui révéla les faits suivants : « Dans les fragments de muqueuse excisée, on ne trouve pas traces de micro-organismes, il n'y a aucune fongosité, ni granulations, ni sécrétions pathologiques. A la surface du tissu utérin, aucune dégénérescence néoplasique. Les glandes sont plutôt atrophiées, le chorion est transformé en tissu caverneux, très rapproché de la superficie et qui rappelle celui que l'on observe dans certains tissus hémorroïdaires ou encore dans la muqueuse uréthrale de quelques femmes. » Dans le cas de Pichevin et Petit (*Gaz. méd. de Paris*, 23 nov. 1895. Lésions vasculaire de l'utérus et métrorrhagies. *Sem. Gynécol.*, 1896, p. 353-356 et p. 361-363), il s'agit d'une femme de 41 ans, ayant eu une fièvre typhoïde à 28 ans, suivie

de métrorrhagies qui durèrent un an et réapparurent huit ans après. A l'examen microscopique, on constate que les lésions les plus manifestes étaient celles des vaisseaux sanguins, considérablement augmentés de nombre et à parois très épaissies. Le connectif périvasculaire était anormalement développé, et en certains points le stroma était remplacé par des vaisseaux altérés.

Pilliet et Baraduc (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1896, p. 338) ont constaté à leur tour des lésions multiples de l'utérus, parmi lesquelles ils ont noté incidemment celles des vaisseaux, et signalé la forme de métrite parenchymateuse hémorragique. Routier a insisté sur la dilatation des vaisseaux avec néoformation probable et production de petits foyers interstitiels et d'extravasations glandulaires.

Schmidt (*Métrorrhagies et métrites hémorragiques*. Th. Paris, 1896), dans un cas cliniquement semblable à celui de Pichevin et Petit, chez un femme de 32 ans, a trouvé à l'examen microscopique les altérations suivantes :

Épithélium de la muqueuse et des glandes sain ; léger degré de métrite glandulaire. Dans la portion superficielle de la muqueuse existent des vaisseaux néoformés, avec un simple revêtement endothélial gorgés de globules sanguins. Les vaisseaux périglandulaires ne sont pas hypertrophiés, il n'existe pas d'extravasation dans la lumière des glandes. Peu de vaisseaux sclérosés dans la profondeur de la muqueuse.

Dans un cas de métrite hémorragique rebelle, Paul Petit (*Sem. médic.*, 1895) constate sous le microscope :

Du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium a l'apparence normale, ectasies capillaires et suffusions hémorragiques exactement limitées aux plans superficiels ; du côté du muscle, travées glandulaires très profondes, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération et rétrécissement des lumières des canaux vasculaires. Atrophie scléreuse de la trompe. Sclérose moins avancée de l'ovaire.

Marchesi (Sclérose des vaisseaux de l'utérus. *Arch. d'obstétr. et de gynéc.*, n° 2, 1897) a fait valoir un cas observé à la clinique de Palerme, cas dont l'examen histologique peut être ainsi résumé :

1° Dilatation des vaisseaux avec atrophie des tuniques interne et moyenne, dans les couches superficielles de la muqueuse.

2° Prolifération du tissu conjonctif périvasculaire avec inflammation de la tunique interne, ou avec ectasie évidente de certains vaisseaux, et atrésie d'autres.

3° Sclérose proprement dite des artérioles avec inflammation de l'adventice et de la tunique interne.

A l'autopsie, on constate que les vaisseaux pelviens étaient d'un volume considérable.

Pozzi et Latteux (*Revue de gynécol. et de chirurgie abdominales*, n° 5, p. 1899) ont rencontré, dans deux cas, des lésions vasculaires presque identiques à celles décrites par Marchesi, chez des femmes atteintes d'hémorragies rebelles à tous les traitements employés, y compris le curettage et contre lesquelles ils durent recourir à l'hystérectomie vaginale. Cette opération fut

suivi de guérison. La première observation concerne une brightique qui, deux ans après l'opération, continuait à présenter de l'albuminurie intermittente ; la seconde a trait à une femme qui avait eu une fièvre typhoïde.

Faut-il citer enfin le cas de Martin et celui de Schauta (*Centralblatt für Gynec.*, 1895, p. 889) qui, n'obtenant rien par le curettage contre une métrite hémorragique durent avoir recours à l'hystérectomie pour obtenir la guérison? Ainsi que le cas d'Olshausen (V. Schauta, *Trattato di Ginecologia*, chap. sur l'inflammat. de l'utérus) qui contre une affection aussi rebelle dut pratiquer l'opération de Battey pour obtenir la guérison, ainsi que celui de Queen qui en présence des altérations très accentuées de la muqueuse n'obtient la guérison qu'en l'enlevant? Ces observations n'ont malheureusement pas été complétées par l'examen histologique.

Parmi tous les cas précédents, ce sont ceux de Marchesi et les deux observations de Pozzi et Latteux qui ressemblent le plus à celui de Morisani, dans lequel les lésions prédominent d'une façon très nette dans les vaisseaux du parenchyme utérin.

Pour Morisani, ces altérations doivent être regardées comme une diffusion dans la continuité d'un processus ayant débuté dans les vaisseaux de la muqueuse. Cette hypothèse est déjà admise par Pozzi et Latteux, et par Marchesi ; bien que ce dernier n'ait pu mettre en évidence les altérations de la muqueuse, l'utérus ayant été enlevé peu de jours après l'échec du curettage, Morisani fait observer en outre que les lésions des vaisseaux décrites par ces trois auteurs se rapprochent

beaucoup plus de celles que l'athérome produit dans les artères, que de celles qui sont des manifestations tertiaires et des conséquences tardives de la syphilis : telle serait l'artério-sclérose de l'utérus.

Dans quelle tunique des vaisseaux les altérations syphilitiques débutent-elles ? Gerhard (Ueber Hirnsyphilis. Berlin. *Klin. Wochenschrift*, 1886, n° 26), Litten (*Syph. du syst. nerveux*, Paris, 1892, p. 3), Heubner (*Die syphilitischen Erkrankungen des Arterios*, Leipsig, 1874), Petrone Angelo (« Un caso di alterazioni luetiche delle arterie », *Arch. dell' Accademia medico-chi rurgica di Napoli*, anno, 38°. Tomo 28, p. 246), ont admis que la tunique interne des vaisseaux était tout d'abord atteinte et que les tuniques moyenne et externe l'étaient secondairement. Koester, cité par Litten, Friedlander (*Syph. du syst. nerveux*) cité dans Gaskewicz (Paris, 1892), Baumgarten, cité par Heubner, Lancereaux (*Syph. cérébrale*, *Gaz. hebdomad.*, Paris, 1882), Schmidt (*La sifilide précoce*, compte rendu du Congrès de Dermatologie, Paris, 1889) affirment que le processus prend naissance dans l'adventice et qu'ensuite il se répand successivement dans les autres tuniques. Rumpf déclare au contraire que l'infiltration commence dans la tunique moyenne. Il ressort des recherches de Stanziale, entreprises à l'institut du professeur Armani, dans le but d'élucider cette question, que la tunique adventice est la première intéressée et que la tunique interne prend part au processus en second lieu. Morisani arrive à des résultats

identiques à ceux de Stanziale. Dans les deux cas, en effet, l'altération vasculaire a son point de départ dans l'adventice. Or Stanziale faisait des recherches sur des artères cérébrales altérées par la syphilis. Il en résulte que l'on peut conclure que la syphilis lèse les artères d'une manière qui lui est propre, quel que soit l'organe atteint. C'est aussi la conclusion de Darier (Syphilis des artères).

Si nous avons tant insisté sur les lésions anatomiques constatées dans les angio-scléroses de l'utérus, c'est parce que le symptôme clinique qui révèle leur existence, l'hémorragie, quoique souvent isolé, a une importance capitale dans l'étude symptomatique de la syphilis tardive, non seulement de la matrice, mais encore des ovaires.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer, en terminant cette étude, forcément un peu trop schématique, de la syphilis utérine tertiaire, que les altérations de la spécificité à un stade tardif ne se révèlent pas toujours histologiquement avec la même netteté, et que la syphilis peut même prendre sous le microscope l'aspect d'altérations communes ou du moins d'altérations anatomiques et histologiques qui ne sont nullement caractéristiques de la maladie. « Ainsi, ajoute Franceschini, il arrive qu'après de nombreux examens histologiques la seule donnée sur laquelle peut se baser le diagnostic de syphilis est un processus d'artérite insuffisamment déterminé... La syphilis, qui cliniquement, est

un Prothée, ne peut avoir une expression anatomique, unique et typique. Est-ce que les lésions de la période secondaire sont toutes façonnées sur un seul type histologique, caractéristique de la syphilis ? Ne connaît-on pas, au contraire, beaucoup de syphilides de la période secondaire (cliniquement caractéristiques au point d'être reconnues à l'œil nu), qui, à l'examen microscopique, semblent causées par une inflammation ordinaire et histologiquement ne peuvent être différenciées de dermatoses d'autre origine ? » C'est pour de telles raisons que, malgré le contrôle histologique, il est souvent impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de trouver un témoignage formel de la nature spécifique des lésions en cause dans l'examen anatomo-pathologique de ces lésions utérines ; et cela, ajouté à la rareté relative des examens anatomo-pathologiques, n'est pas fait pour simplifier cette délicate question de la syphilis utérine tardive, encore insuffisamment élucidée, et, en certains points, sujette à caution.

Heureusement, pour le diagnostic, il y a, dans un certain nombre de cas, coïncidence avec d'autres lésions, viscérales ou cutanées, dont la nature spécifique n'échappe pas, parce qu'elles sont mieux connues ou plus accessibles. Ainsi dans plusieurs observations, on a vu coexister avec des déterminations de syphilis utérine des accidents non douteux de syphilis d'autres organes : — gommes de l'arrière-gorge (Morgan), gomme du rein droit (Morgan), — exostose prétiibiale (Gelli), — gomme de la jambe (Barthélemy), — gomme de la paroi postérieure du vagin (Spineli), — cicatrices de

gommes des jambes (M^{lle} Robineau), — cicatrice gommeuse de la cuisse (Mouratow).

Nous voulons enfin appeler l'attention sur un dernier point, qui nous paraît être d'un grand intérêt : c'est la détermination de la nature syphilitique d'une lésion utérine par la recherche en elle-même du spirochète pallida. Cet agent qui a été retrouvé jusque dans les viscères et le sang des hérédosyphilitiques (Ribadeau-Dumas et Poisot, etc.), et qu'on rencontre, mais exceptionnellement, à la périphérie des gommes nodulaires, non encore ulcérées, devrait, selon nous, faire l'objet de recherches méthodiques dans tous les cas de syphilis utérine, ou considérés comme tels. Il est probable que de cette façon un certain nombre d'observations de cancer de l'utérus et de fibro-myomes rentreraient au nombre des cas de syphilis utérine tardive méconnue. Le temps et les pièces anatomiques nous ont manqué pour entreprendre ce travail, qui nous semble cependant d'un si grand intérêt pour le diagnostic anatomique des lésions de la syphilis utérine, et même utéro-annexielle. Mais, nous espérons que, grâce à la plus grande précision des procédés de laboratoire, grâce à la méthode de Levaditi applicable sur des coupes fixées dans le formol à 10 0/0, et grâce aussi à l'emploi de l'ultra-microscope, qui permet l'examen extemporané, des observateurs viendront explorer avec succès ce nouveau champ de recherches.

Notre effort personnel s'est appliqué à l'examen méthodique des utérus d'anciennes syphilitiques mortes

à Saint-Lazare, pendant les derniers mois de notre internat. Nous avons pu examiner ainsi cinq utérus de prostituées, syphilitiques anciennes, ayant succombé à de la tuberculose pulmonaire, à une pneumonie et à une hémorragie cérébrale.

Nous avons fait des coupes en série, fixées au sublimé à saturation, incluses dans la paraffine, et colorées à l'éosine, hématoxyline. Dans l'un de ces cas relatif à une femme morte à 46 ans, de tuberculose pulmonaire, et chez laquelle la spécificité remontait à une vingtaine d'années, sans accidents récents, nous avons trouvé un utérus légèrement augmenté de volume dans sa totalité. La cavité utérine nous est apparue un peu plus grande qu'à l'état normal ; la muqueuse du corps, un peu rouge, un peu tomenteuse. Au microscope, la muqueuse se montre épaissie, recouverte de sa couche d'épithélium cylindrique, mais avec des solutions de continuité ; les glandes conservent leur épithélium. Le tissu musculaire est remplacé par places par un tissu conjonctivo-vasculaire lâche, avec d'anciens foyers d'apoplexie sous-muqueuse et intermusculaire.

Il existe une hyperplasie élastique autour des vaisseaux qui sont épaissis en certains points et dont la lumière est rétrécie sur le plus grand nombre, oblitérée sur quelques-uns. Il a été impossible de découvrir le spirochète au pourtour des vaisseaux, ou dans leur lumière. — Il ne nous est pas permis de tirer de conclusions de cet examen histologique, le seul où nous ayons pu constater des lésions un peu spéciales. Nous regrettons de n'avoir pu entreprendre ces recherches

sur une plus grande échelle et de n'avoir pas examiné systématiquement des utérus de nouveau-nés hérédosyphilitiques.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La syphilis tertiaire utéro-annexielle, quand la réalité de son existence n'est pas mise en doute, n'est signalée que comme une localisation extrêmement rare de l'infection ; en réalité, malgré le nombre encore restreint d'observations publiées sous ce nom, la rareté de cette manifestation morbide n'est pas si grande qu'on veut bien le dire, et ceci pour plusieurs raisons. La syphilis utéro-annexielle n'est exceptionnelle que parce que le diagnostic en est des plus difficiles : Elle peut, en effet, se présenter avec des signes cliniques et revêtir une physionomie anatomo-pathologique qui font bien plutôt songer à une affection ordinaire des organes génitaux de la femme qu'à une manifestation tardive de la syphilis. En vieillissant, la vérole se grime, pour ne pas être reconnue. Les accidents tertiaires de syphilis utéro-annexielle tombent beaucoup plus souvent sous l'observation du gynécologue que sous l'œil du syphiligraphe, et comme la pathologie utéro-ovarienne affecte, dans la plupart des cas, un syndrome clinique commun, banal, c'est aux affections les mieux connues, les plus courantes, que le gynécologue rapporte les troubles pour lesquels il est consulté.

Quoi qu'il en soit de ces raisons, sur les observations que nous avons pu recueillir de syphilis utéro-annexielle,

25 au moins ont trait à la syphilis utérine, bien qu'il soit difficile dans certaines d'entre elles d'apprécier si les symptômes décrits, les hémorragies en particulier, sont d'origine utérine ou ovarienne, surtout quand il manque à la description clinique le contrôle anatomo-pathologique.

Parmi ces cas de syphilis utérine très probable, 4 cas sont accompagnés d'examen macroscopique ou microscopique des pièces, soit après la mort, soit à la suite d'interventions chirurgicales. Mais, en réalité, dans un certain nombre d'autres, l'examen au spéculum et le toucher vaginal ont permis de constater des lésions syphilitiques du col, parfois propagées au canal cervical. La plupart concernent des cas de syphilis acquise, mais quelques-unes, entre autres une d'Ozenne, une de Barthélémy, et une de Joukowsky, sont des observations d'accidents tertiaires de l'utérus, se présentant chez des hérédo-syphilitiques, avec les caractères de métrorrhagie ou d'aménorrhée.

On ne peut pas, le plus souvent, tirer des renseignements très précis des observations parues, en ce qui concerne l'ancienneté de la syphilis, la date d'apparition des premiers accidents — le chancre passant si souvent inaperçu chez la femme. — Si quelquefois les malades savent qu'elles ont eu la syphilis, et si elles l'annoncent au médecin, — la plupart du temps il n'en est malheureusement pas ainsi, et la vérole est révélée par la notion de fausses couches antérieures ou d'une poly-létalité infantile, par l'existence de cicatrices gommeuses ou d'accidents tertiaires en cours, observés à l'examen

somatique, ou encore par la constatation de stigmates d'hérédo-syphilis. Enfin, dans certains cas, il est regrettable, pour la rigueur du diagnostic, que ces renseignements fassent totalement défaut, et que la nature syphilitique supposée des accidents utérins n'ait été basée que sur les bons résultats de la thérapeutique mercurielle et iodurée.

L'âge des malades atteintes de syphilis tertiaire acquise de l'utérus est très variable. La plus jeune est une femme de Mouratow, qui n'avait que 23 ans, et chez laquelle les métrorrhagies survinrent cinq ans après le début des accidents contractés *a marito*. Par contre, dans une observation de Spinelli, il s'agit d'une malade âgée de 57 ans. L'analyse des cas où il est fait mention de l'âge, chez les syphilitiques acquises, donne :

1	cas à	23 ans
1	—	28 ans
5	— de	30 à 35 ans
5	—	36 à 40 —
3	—	41 à 45 —
4	—	50 à 55 —
1	—	56 à 60 —

On ne peut guère tirer de conclusions fermes de cette statistique insuffisante, établie d'une façon précaire sur un trop petit nombre de cas, dont quelques-uns, par surplus, sont douteux et contestables. Mais il semble néanmoins que, dans les limites du tertiarisme, la syphilis préfère s'attaquer à l'utérus au moment où celui-ci est encore en pleine activité fonctionnelle.

Certains auteurs ont, du reste, tendance à admettre que les métrorrhagies décrites chez des vieilles femmes, comme d'origine syphilitique, ne sont nullement liées à cette cause, mais en réalité à une métrite sénile, ainsi qu'en témoignent, à leur avis, les rémissions plus ou moins longues observées parfois au cours de ces accidents. Nous verrons ultérieurement ce que nous devons penser de cette manière d'envisager les faits.

Aux cas précédents, ayant trait à la syphilis acquise, nous devons joindre les cas d'hérédo-syphilis de Barthélemy, Ozenne, Joukowsky, etc. ; dans l'un (Barthélemy), l'âge constaté a été de 20 ans, dans un autre il s'agit d'un nouveau-né mort et autopsié (Joukowsky).

Tous ces chiffres, nous le répétons, ne peuvent être qu'approximatifs, et force nous est de reconnaître que beaucoup d'observations n'ont pas toute la valeur scientifique désirable, parce qu'il y manque les renseignements utiles au diagnostic de l'affection causale.

Mais malgré cela, la syphilis utérine, avec ses formes cliniques et ses lésions anatomiques variées, bien qu'étant sans contredit une manifestation rare de la maladie, n'en existe pas moins, ainsi qu'un petit nombre d'observations complètes suffit à le prouver.

Pourquoi certaines malades se montrent-elles plus particulièrement prédisposées à faire de la syphilis tertiaire à localisation utérine, c'est là une question difficile à préciser. Sans doute, question de terrain, dira-t-on. Néanmoins, il est vraisemblable qu'en dehors du terrain, il existe un certain nombre d'affections utérines proprement dites (métrites blennorrhagiques, fibro-

mes, etc.) qui, en débilitant la matrice, et en créant dans cet organe un lieu de moindre résistance, peuvent servir de point d'appel à la localisation tardive de l'infection spécifique sur l'appareil génital de la femme. L'existence de maladies infectieuses ou dyscrasiques dans les antécédents des malades nous paraît aussi jouer un rôle important dans la genèse des accidents syphilitiques utérins tardifs. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que la notion d'une fièvre typhoïde antécédente, ou d'accès de paludisme, ou de chorose, n'est pas faite pour simplifier la question et pour trancher facilement le diagnostic en faveur de la syphilis, et l'on peut se demander dans un certain nombre de cas quelle est la part qu'ont prise l'une et l'autre à la production d'une métrorrhagie.

La préoccupation des auteurs semble avoir porté principalement sur la recherche d'une explication étiologique et pathogénique à la production des hémorragies utérines. Richelot fait jouer un grand rôle à l'arthritisme, non seulement dans la localisation, mais encore dans la forme des manifestations syphilitiques. Il est possible qu'il faille le terrain arthritique pour que la syphilisation de l'utérus tourne de préférence vers la sclérose. Jadis, Panas attribuait plus d'importance à l'arthritisme et au rhumatisme qu'à la blennorrhagie dans la genèse des arthropathies gonococciques. On sait actuellement qu'ils n'agissent qu'en préparant le terrain ; il en est de même dans la syphilis tertiaire utérine ; la syphilis seule suffit à produire cette localisation particulière et l'arthritisme n'est qu'une cause

a djuvante. C'est ainsi que Reincke, ayant trouvé à l'examen histologique de la dégénérescence amyloïde des vaisseaux, considère les lésions des artères et des veines comme préséniles, concomitantes de la ménopause, dues à des troubles nutritifs, indépendantes de toute inflammation véritable. Pichevin et Petit admettent deux hypothèses : 1° l'existence d'une forme de métrite infectieuse à localisation vasculaire, les altérations des vaisseaux ne se rencontrant pas dans toutes les métrites ; 2° l'existence de varices pelviennes qui, tout en produisant des troubles circulatoires dans l'utérus, amènent des stases, et ensuite une infiltration embryonnaire autour des vaisseaux, et conséquemment de la sclérose périvasculaire. Schmidt admet comme cause directe l'état infectieux qui agit sur les vaisseaux. Marchesi déclare que c'est l'athérome qui produit des altérations profondes dans le système vasculaire, surtout quand le développement du processus est facilité et hâté par une cause mécanique ou infectieuse. Pozzi et Latteux croient que la ménopause a une influence prédominante sur l'apparition des accidents que l'on observe, et que l'âge porte son action dystrophique sur les vaisseaux de l'utérus, comme trouvant là un point de moindre résistance. Gelli admet, à son tour, que les lésions des vaisseaux de l'utérus sont en rapport direct avec la cause morbide, la syphilis qui leur a donné naissance. Pour Morisani, les lésions tardives des artères et des veines peuvent s'expliquer par l'existence d'un état spécial constitutionnel. Tous ces auteurs s'entendent pour reconnaître la prédilection élective que

montre la syphilis vis-à-vis du système vasculaire. Sous son influence, tous les tissus se nourrissent mal, et cela suffit pour apporter des modifications importantes dans leur intimité, et pour donner naissance aux formations scléreuses, gommeuses et ulcéreuses, telles que nous les constatons dans les autres organes.

D'une manière générale, nous savons que la syphilis peut exercer son influence sur les organes génitaux ; soit à titre de diathèse, en tant que maladie générale, au même titre que la diabète, l'albuminurie et l'impaludisme, par une dénutrition profonde de l'économie et par modifications des conditions vitales de l'organisme ; — c'est là une notion mise en lumière depuis longtemps déjà par des cliniciens tels que Hunter, Ricord, Liégeois, Martineau et Hamonic, Homolle, Fournier, Jullien, etc., et universellement reconnue aujourd'hui ; mais la syphilis peut agir aussi en donnant lieu « à des lésions organiques de nature irritative, ou à la fois dégénérative et irritative, que l'on peut comparer aux lésions viscérales des maladies infectieuses. » (Homolle *Art. Syphilis, Dict. de Méd. et de Chir. pratiq.*, t. 34.) Et il y a même lieu de se demander si dans les cas qui nous semblent résulter uniquement de l'influence générale de la syphilis comme agent dyscrasique, il ne s'agit pas en réalité d'une lésion anatomique, qui pour la plupart des cas échappe à nos moyens d'investigation clinique, lésion dont l'existence ne peut être prouvée que par un examen histologique.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie

Il n'est à vraiment parler, à l'heure actuelle, aucun signe clinique qui permette de reconnaître d'emblée et d'affirmer la nature syphilitique d'une lésion utérine tertiaire. Et ceci n'est pas spécial à la syphilo-pathologie des organes génitaux de la femme, mais s'applique tout aussi bien aux accidents spécifiques à localisation cardiaque, hépatique, rénale, etc. C'est ce que le professeur Fournier a éloquemment mis en lumière dans un savant article sur la syphilis de l'estomac, auquel nous empruntons le passage suivant : « S'il est une vérité bien établie par les recherches modernes, c'est que la syphilis est bien loin de se traduire partout et toujours par des symptômes spéciaux. Des symptômes spéciaux, elle n'en a que pour ses manifestations extérieures, appréciables à l'œil ; mais elle n'en a pas en tant qu'expression d'accidents viscéraux. Alors qu'elle affecte les viscères, elle ne se traduit que par des troubles fonctionnels d'ordre commun. Je mets au défi qu'on cite à propos des viscéro-pathies spécifiques un seul symptôme spécial qui n'appartienne qu'à la syphilis, que la syphilis soit seule à produire. Je mets au défi, par exemple, que dans la syphilis cérébrale, si éminemment féconde en manifestations des plus diverses, on trouve un seul trouble fonctionnel qui relève en propre de la syphilis comme origine et qui permette

de dire : « Cette encéphalopathie est sûrement de nature syphilitique. » Et de même pour les viscéropathies spécifiques qui intéressent le cœur, le poumon, le foie, le rein, etc.

Et, en vérité, il ne saurait en être autrement. Un viscère qui souffre n'a pas une plainte spéciale adaptée à la nature de telle ou telle cause qui l'a rendu malade. Il se plaint et ne peut se plaindre qu'à sa façon et toujours de la même façon (ou bien peu s'en faut), quelle que soit la nature de son mal. En tout état de cause, il traduit sa souffrance par des troubles fonctionnels qui ne sauraient avoir rien que de banal. Qu'on se rappelle à ce propos une très spirituelle comparaison d'un auteur anglais Buzzard, comparaison que je crois vous avoir signalée déjà, mais à propos de laquelle je ne craindrai pas une redite : « Lésée dans son organisme moteur, une montre n'a pas plusieurs façons de traduire sa lésion, elle la traduit toujours par une marche déréglée, puis par un arrêt, que ce soit un cheveu, un grain de sable ou le traumatisme d'un de ses rouages qui ait été l'origine première de sa lésion. »

Tout ce long fragment s'applique en tous points à la syphilis utéro-annexielle. L'utérus atteint de lésion tertiaire spécifique réagira par les symptômes vulgaires, par les troubles fonctionnels qui lui servent d'expression habituelle, qu'il s'agisse de fibrome, de métrite chronique ou de cancer de l'utérus. Il n'y a donc pas à chercher de symptômes spéciaux à la syphilis des organes génitaux internes de la femme.

I. — *Syphilis tertiaire du col utérin*
(*Symptomatologie*).

Les lésions ulcéreuses ou gommeuses du col peuvent être facilement constatées par un examen direct au spéculum et même par le toucher vaginal, bien que ce dernier procédé d'exploration soit, en réalité, plus ingrat et ne permette qu'une appréciation assez incomplète de l'état d'un col syphilitique. Il pourra, sans doute, faire percevoir, dans un grand nombre de cas, une syphilide ulcéreuse du museau de tanche, ou une induration gommeuse en surface, mais non l'infiltration profonde du col, ou la leucoplasie. C'est un moyen souvent infidèle, toujours insuffisant, dans la recherche de la syphilis tardive du col utérin, et qui, en tout cas, ne peut remplacer l'examen direct au spéculum.

Les lésions du col n'ont pas un aspect qui trahisse d'emblée la spécificité, et c'est la raison pour laquelle on les considère généralement comme des accidents exceptionnels. Qui ira reconnaître la syphilis dans des lésions qui ne se révèlent que par un léger catarrhe muco-purulent, à peine teinté de sang, sans réaction douloureuse, sans autre phénomène fonctionnel ? L'esprit du clinicien se trouvera bien plutôt orienté vers un autre diagnostic et aura naturellement tendance à relier ces phénomènes à une ulcération de métrite banale.

Il existe néanmoins un certain nombre de considérations, qui surtout quand elles se trouvent réunies sur le

même sujet, peuvent faire présumer l'origine syphilitique des ulcérations du col.

1° La coexistence avec ces lésions utérines d'autres lésions tertiaires de la vulve ou du vagin, ou même du revêtement cutané, est un signe de présomption de haute valeur, dont nous retrouverons l'importance dans la recherche de la nature spécifique d'une lésion du corps utérin ou des annexes.

2° Quand les ulcérations prennent un aspect diphtéroïde ou que leur couleur blanc grisâtre tranche sur la coloration des parties voisines, il y a bien des chances pour qu'on se trouve en présence d'accidents spécifiques. Mais c'est là un signe infidèle, et auquel il ne faut attacher qu'une médiocre importance.

3° Beaucoup plus précieuse pour la juste appréciation de la nature syphilitique des accidents constatés, est la tendance que possède la syphilis à revêtir dans ses lésions une disposition hémicerclée, circonée, souvent plus nette sur les muqueuses que sur la peau.

4° L'absence de toute douleur, l'absence des troubles utérins communs à la plupart des affections ulcéreuses de la matrice sont chose habituelle aux manifestations tardives de la vérole sur le col.

5° Enfin, l'évolution des ulcérations gommeuses du col diffère sensiblement de celle de la plupart des inflammations chroniques localisées sur cette région. L'amendement hâtif d'un processus ulcéreux par la thérapeutique mercurielle est un symptôme très important pour confirmer le diagnostic émis sur la spécificité des lésions.

Mais dans un certain nombre de cas, le col peut revêtir un aspect leucoplasique, qui, moins encore que précédemment, si possible, donne lieu à des symptômes fonctionnels, si bien que les malades ne se doutent même pas de leur affection, et que le diagnostic est fait, un jour, par hasard, aux cours d'un examen au spéculum pratiqué pour un tout autre motif. En ce cas, on aperçoit un col pâle, blanchâtre, tantôt découpé par quelques plaques commissurales partant de l'orifice cervical, tantôt sillonné d'une façon irrégulière par des stries d'un blanc nacré, lui donnant parfois une apparence mûriforme ; et c'en est assez pour songer à la syphilis, si l'on est averti de la possibilité de pareilles lésions sur le col utérin.

Quant aux scléroses localisées sur le col utérin, elles ont une histoire clinique encore plus obscure et sont invariablement prises, dans leur variété hypertrophique, pour de la métrite parenchymateuse — cause, sans doute, de tant d'erreurs de diagnostic !

II. — *Symptomatologie de la syphilis tertiaire du corps utérin*

Nous avons dit combien polymorphes et combien essentiellement variables sont les lésions viscérales de la syphilis tertiaire. Ceci concerne surtout la syphilis tertiaire de l'utérus et de ses annexes. Il est, dans l'état actuel de nos connaissances, à peu près impossible d'en décrire un syndrome défini. Peut-être pourra-t-on, par des observations plus nombreuses, plus serrées et plus

méthodiques, tirer des notions étiologiques et anatomo-pathologiques, ainsi que des constatations cliniques, un ensemble de traits saillants, individuels, qui permettront de reconnaître plus facilement la syphilis tertiaire de l'utérus et d'en donner un signalement plus précis.

Pour le moment, en tout cas, nous sommes obligé de nous en tenir à ce que nous apprennent les quelques observations probantes de syphilis utérine, accompagnées d'examen anatomique, les seules absolument dignes de foi et à l'abri de tout reproche.

Nous avons à envisager successivement les symptômes subjectifs et les symptômes objectifs.

Des premiers fait partie *la douleur*. La douleur spontanée est fort variable d'intensité et de forme. Tantôt ce ne sont que de simples pesanteurs abdominales, tantôt ce sont des tiraillements ou des élancements, tantôt des douleurs vives dans le bas-ventre, avec irradiations dans les cuisses et dans les reins. Parfois même elle n'existe pas. Mais, en réalité, c'est l'exception, au moins au bout d'un certain temps, et dans quelques observations dignes de foi elle est très explicitement signalée. Dans l'observation de Duparcque, « outre les douleurs continuelles des reins et la sensation de brûlure dans le bas du bassin, des douleurs lancinantes revenaient à des intervalles assez rapprochés, et pendant la nuit réveillaient subitement la malade. » La malade de Montanier et Velpeau « souffrait de vives douleurs abdominales s'accompagnant d'un écoulement jaune verdâtre assez abondant. » Chez une malade d'Ozenne (obs. III), des douleurs appa-

rurent, « principalement dans la région sus pubienne et ne furent pas calmées par l'application du sac de glace. » La douleur provoquée est non moins soumise à des variations individuelles.

Ozenne, dans un cas (obs III), signale une douleur provoquée à la pression de l'abdomen au-dessus du pubis ; dans un autre (obs. V), il trouve le fond de l'utérus sensible à la pression. Morisani nous apprend, dans son observation, qu'il n'y a aucune sensibilité douloureuse à la pression, soit dans la ligne blanche, soit au niveau de la fosse iliaque ; — et que pendant l'examen vaginal « il y a un peu de douleur ». Dans le cas de Betti, « on révèle à la palpation une douleur au-dessus du pubis, un peu au-dessous des deux hypochondres. »

Mais ici encore les renseignements ayant trait à l'intensité et à la nature de la douleur, à sa durée, à son maximum, de ses irradiations, font défaut la plupart du temps, ou sont franchement insuffisants pour qu'on puisse en tirer quelque donnée particulière.

Un second symptôme des plus importants, souvent même le principal ou le seul, c'est la *métrorrhagie*. — Les pertes rouges peuvent survenir pour la première fois avec une très grande abondance, ou s'installer progressivement, ce qui est d'abord de beaucoup le cas le plus fréquent ; d'abord les règles paraissent un peu plus abondantes et d'une plus longue durée que normalement ; puis l'intervalle qui les sépare diminue de plus en plus ; la malade finit par « être dans le sang ». Mais il semble que les pertes rouges n'ont jamais au début un carac-

tère ménorrhagique ; et c'est là une distinction importante, disons-le tout de suite, qu'on a songé à établir entre les hémorragies de la syphilis utérine et celles de la syphilis ovarienne. La gravité des hémorragies, résistant à tous les traitements ordinaires, mais cédant au traitement mercuriel d'une façon vraiment significative, a été signalée par tous les auteurs. — En veut-on des preuves ? C'est la malade de Bradley, qui se met à perdre du sang en grande abondance, et dont l'hémorragie, malgré tous les traitements, ne s'arrête pas, jusqu'au jour où on songe à lui administrer du mercure. Chaque fois qu'elle abandonne ce traitement, les hémorragies réapparaissent. C'est la malade de Gelli « qui souffre depuis quatre ou cinq mois de métrorrhagies peu abondantes, mais continues, la rendant faible et anémique ». C'est aussi la malade d'Ozenne (obs. II) qui présentait des hémorragies utérines presque continues. « A partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus fréquemment et ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquelles même il n'était pas rare de constater un suintement rosé. » Et ce sont encore les observations des auteurs italiens, Spineli, Morisani, Franceschini, La Torre, etc. Nous en passons, et non des moindres, dans lesquelles l'hémorragie est un symptôme de premier plan, souvent le seul symptôme, celui qui tourmente les malades et celui qui déjoue la thérapeutique usuelle, tant que l'on ne se méfie pas de sa véritable cause.

Parfois les hémorragies sont précédées par des pertes muco-purulentes, blanc jaunâtre, ou jaunes, ou alter-

ment avec elles. Ce n'est là qu'un symptôme banal de catarrhe utérin, fait le plus souvent pour orienter le diagnostic plutôt vers la métrite blennorrhagique que vers la syphilis utérine. Les écoulements séreux, muqueux ou purulents, ne constituent, d'ordinaire, que des épiphénomènes. Mais dans quelques observations, par leur intensité, et leur prolongation, ils semblent avoir donné lieu à une variété spéciale de la maladie.

Les pertes rouges aboutissent fatalement, par leur abondance et leur répétition, à une anémie profonde des malades, chez lesquelles se montrent les signes habituels en pareil cas : céphalées, vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles, tendance aux syncopes, sensation de dérochement des jambes ; pouls petit, tiliforme, fréquent ; sueurs froides sur la peau. Enfin, dans un certain nombre de cas, c'est une véritable cachexie qui s'ensuit, et, lorsque le diagnostic n'est pas fait en temps utile, la malade meurt du fait de son affaiblissement progressif. Franceschini prétend même que toutes les fois qu'une femme succombe à la suite d'hémorragies utérines n'ayant pas de cause reconnue, c'est qu'il s'agissait de syphilis utérine.

Ces symptômes sont au maximum dans les formes d'endométrite ulcéreuse syphilitique tertiaire de l'utérus, et d'angio-sclérose tertiaire de ce même organe.

Il est fréquent en pareil cas, pour ne pas dire presque constant, de ne rien trouver à l'examen objectif des organes génitaux internes. L'utérus paraît à peu près normal, en bonne position, les culs-de-sac sont souples, les annexes ne sont d'ordinaire pas perceptibles ; et c'est

là un signe négatif qui a bien son importance. Des symptômes fonctionnels, et des plus dramatiques, des plus alarmants ; mais aucun symptôme physique, aucune modification objective de l'appareil génital. Il faut donc songer, de force, à autre chose qu'à une affection locale.

Mais, quand on se trouve en présence de la forme gommeuse nodulaire ou d'infiltration gommeuse, ou de certaines formes scléreuses, celle de syphilome infiltré, par exemple, c'est tout différent. Ici, alors, on peut constater par le palper abdominal, combiné au toucher vaginal, une *tumeur* plus ou moins volumineuse. Dans le cas de Velpeau et Montanier, « la palpation de l'abdomen donnait la sensation d'une tumeur arrondie, dure, remontant au moins à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Cette masse était plutôt dure que molle, un peu bosselée, etc. » La symptomatologie découle de ce fait observé d'une manière précise : Début insidieux, indolent, douloureux n'apparaissant que quand la tumeur est déjà volumineuse, de même que les écoulements.

État général déprimé au fur et à mesure de l'augmentation du néoplasme. On pense d'abord au cancer, au fibrome et à toute la pathologie utérine, on n'arrive au diagnostic de syphilis qu'à la fin, par exclusion, par élimination, à cause des antécédents et de la conduite de la malade, et on conseille le traitement spécifique pour ainsi dire par acquit de conscience. Dès lors, l'amélioration est rapide, et la guérison, au point de vue local comme au point de vue général, s'obtient dans un cas qui semblait devoir fatalement se terminer par la mort à brève échéance.

Nous jugeons inutile d'insister sur les précieux renseignements que l'on retirera de l'examen au spéculum, surtout s'il s'agit de syphilis tertiaire du col utérin. Il complète et précise les perceptions recueillies par le doigt vaginal, et il facilite le diagnostic, souvent si délicat, de la syphilis cervicale tardive.

Ainsi donc, la symptomatologie de la syphilis tertiaire de l'utérus, quand elle est au complet, se résume aux quelques signes suivants :

1° Douleurs variables, généralement peu intenses, siégeant de préférence dans la région sus-pubienne, et sensibilité à la pression du fond de l'utérus ;

2° Métrorrhagies abondantes, rebelles à toutes les tentatives de la thérapeutique gynécologique, mais guérissant avec une significative rapidité sous l'influence du traitement mercuriel ;

3° Modifications anatomiques de l'utérus, en totalité ou en partie, perceptibles parfois seulement par une exploration attentive de cet organe ;

4° Absence de toute participation morbide des annexes ; mais ce dernier signe est des plus discutables. Il arrive souvent, en effet, qu'il y ait, non pas syphilis utérine isolée, mais syphilis utéro-annexielle, sans que l'on puisse savoir quelle est la part qui revient à l'utérus, aux trompes ou aux ovaires, dans l'évolution de ce processus morbide. — Il faut bien convenir, en définition, que les caractères cliniques de la syphilis utérine sont encore bien insuffisants, pour nous donner la clef du diagnostic, et il est à désirer que dorénavant des recherches scientifiques plus précises et des

observations cliniques mieux établies jettent une lumière nouvelle sur ce chapitre, encore dans l'ombre, de la syphilo-pathologie.

Diagnostic.

I. *Diagnostic étiologique.* — Un grand nombre de faits pathologiques relevant de la syphilis et localisés à un seul organe, à un seul système, ne sont rapportés que difficilement à leur véritable cause, parce qu'ils apparaissent isolément dans l'histoire clinique du sujet, sans aucun lien apparent avec la maladie causale. Or nul n'ignore les difficultés auxquelles on se heurte dans la recherche des antécédents syphilitiques des malades qui, par dissimulation, par oubli ou par ignorance, manquent à documenter le médecin sur ce point de leur histoire, dans plus de la moitié des cas. Aussi, ne devons-nous pas être surpris, si, dans les plus belles observations de syphilis utérine et de syphilis annexielle, la nature spécifique des accidents en cause n'a été établie que grâce aux bienfaits du traitement mercuriel, employé en désespoir de cause, après échec des traitements gynécologiques usuels. Il faut donc examiner, de parti pris, systématiquement, si, parmi les antécédents de la malade, il n'y a pas d'indices d'une syphilis ancienne, rechercher en un mot les anamnesticques. La malade a-t-elle eu la syphilis et quand ? Est-ce un accident tertiaire possible d'une syphilis non ou insuffisamment traitée ? Il faudra tenir compte des fausses couches répétées, de la polylétalité infantile, qui sera

un adjuvant précieux au diagnostic étiologique; faire la recherche raisonnée et méthodique de la coexistence d'accidents syphilitiques cutanés ou muqueux, ulcérations ou gommes cutanées, périostites variées, lésions intranasales ou pharyngées, affections médullaires, rénales, ou viscérales quelconques; — tenir compte enfin de l'évolution, de la marche, de la topographie des lésions incriminées. — Et si l'on ne peut pas dépister de syphilis acquise, il faudra rechercher les stigmates de l'hérédosyphilis, tels que le strabisme convergent, l'asymétrie faciale, les malformations dentaires, la voûte palatine en ogive, les tibias en lame de sabre, etc. Quel que soit le résultat de cet examen, l'essentiel est d'avoir pensé à la syphilis. C'est parce qu'on est loin d'y songer dans tous les cas suspects, qu'on ne rapporte pas à la syphilis bien des faits qui lui sont imputables.

L'utérus, suivant la remarque de Barthélemy, est plus qu'aucun autre organe interne, exposé à la contamination et à l'imprégnation par le virus syphilitique. Or, on peut admettre en syphiligraphie générale que les accidents tertiaires, lointains, tardifs se montrent soit parce qu'un organe est moins résistant, soit surtout parce qu'il a été ensemencé, lors de l'infection primitive dès le début de la généralisation.

« Quel est donc l'organe qui est plus exposé que l'utérus ? Nous ne parlons même pas des contaminations directes si fréquentes et qui ont été démontrées par les simples statistiques des chancres du col. Nous faisons allusion à ces cas de contamination sanguine qui résultent du séjour prolongé dans l'organe maternel, dans

l'utérus, d'un œuf ou d'un fœtus infecté par le père. Il ne saurait être indifférent aux tissus maternels, d'avoir des échanges continus et intimes de sang, de lymphé, de sérosité et de produits cellulaires variés avec un fœtus qui, une fois développé, naîtra couvert de lésions syphilitiques, si contagieuses que les nourrices ou les personnes saines qui les toucheront pourront être contaminées à leur tour. La mère, dans ce cas, n'échappe pas à la contamination ; elle est imprégnée du virus qui l'a inondée en dépit du filtre placentaire pendant toute la durée de la grossesse ou de la fausse couche. De ce que l'infection est souvent atténuée et latente, il n'en résulte pas qu'elle n'ait pas lieu. Sans doute, l'infection se fait par le sang, mais nous le répétons à dessein, le tissu utérin est placé au premier rang pour éprouver des manifestations diathésiques, comme le serait la bouche à la suite d'un chancre de la muqueuse labiale ou bien la vulve à la suite d'un chancre avoisinant ayant affecté les lymphatiques correspondants. Nous voyons bien le chancre modifier le tissu du col ; de même, ce ne peut être impunément que le tissu utérin reste en rapport si intime et si prolongé avec un placenta hypertrophié et avec un fœtus atrophié, tous deux syphilitiques »

Le développement du fœtus dans la cavité utérine rajeunit la syphilis maternelle, et exagère la virulence du spirochète émané du germe paternel. C'est pourquoi la syphilis conceptionnelle et la syphilis héréditaire ne doivent jamais être oubliées dans l'appréciation des causes efficientes d'une affection utéro-ovarienne d'allure insolite.

La syphilis utérine est donc d'une fréquence réelle plus grande qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, soit par contamination directe, soit par syphilisation conceptionnelle, soit enfin par hérédo-syphilis.

Il faut se souvenir que les symptômes spéciaux sont exceptionnels et que le plus souvent la syphilis utérine évolue insidieusement sans grande douleur ni caractères propres. C'est même, nous le répétons encore, cette banalité des symptômes qui, la plupart du temps, fait errer le diagnostic causal, pourtant capital pour l'institution d'un traitement curatif.

Il faut donc toujours penser à la syphilis, même pour les lésions du col, où c'est pourtant le petit nombre, où c'est l'exception qui peut être diagnostiquée d'emblée en vertu de ses caractères propres.

Enfin, il ne faut pas oublier que, si les éléments de diagnostic ne sont pas suffisants pour admettre la nature syphilitique des accidents utérins en cause, on a toujours comme moyen d'en obtenir la quasi-certitude l'institution du traitement d'épreuve, qui est vraiment, dans certains cas, la pierre de touche du diagnostic : *naturam morborum curationes ostendunt*. Il faut bien reconnaître qu'habituellement le médecin ne soumet sa malade au traitement hydrargyrique que pour faire quelque chose quand tout a été tenté et que tout a échoué ; et c'est précisément dans ces cas où le mercure a été administré sans aucune confiance ni aucun espoir, qu'il fait merveille et ressuscite les malades, tout en affirmant le diagnostic. Bien plus, dans certaines observations, la réapparition des accidents utérins coïn-

cidant avec la suspension du traitement mercuriel, et leur disparition avec son emploi réitéré, constituent de véritables expériences cliniques et démontrent formellement que le mercure est la seule médication efficace en pareil cas.

En résumé, tous les accidents utérins, et en particulier toutes les métrorrhagies, qui sont leur symptôme le plus commun, ne sont pas forcément liées à une cause utéro-annexielle; ils peuvent être dus aussi à une cause générale, diathésique ou infectieuse. Pourquoi alors exclurait-on de ces dernières la syphilis, dont l'action dystrophiante s'exerce invariablement sur tous les organes ? C'est donc un devoir du clinicien bien averti, en présence d'une métrorrhagie qui a résisté aux moyens gynécologiques ordinaires, de songer à la syphilis, comme cause de cette métrorrhagie, et de ce fait d'instituer le traitement mercuriel, « pour voir », avant de livrer la malade au bistouri du chirurgien.

Les rémissions plus ou moins longues qu'on peut observer au cours des métrorrhagies des vieilles femmes ne sont pas pour faire exclure la syphilis comme cause possible de ces métrorrhagies.

II. *Diagnostic différentiel.* — C'est un fait démontré qu'il existe une syphilis tertiaire de l'utérus, avec des formes anatomo-cliniques dont le diagnostic est rendu difficile par l'absence de symptômes caractéristiques et parce qu'elles prennent trop souvent, dans leur polymorphisme, l'apparence symptomatique des affections ordinaires de la matrice.

Diagnostic de la syphilis tertiaire du col de l'utérus.

Les syphilides tertiaires du col utérin sont d'ordinaire méconnues, au profit de certaines autres affections beaucoup plus communes et occupant le même siège. Nous ne nous attarderons pas à indiquer les caractères distinctifs du chancre syphilitique du col, cause d'erreur d'autant plus appréciable que dans les deux cas on a affaire habituellement à une lésion souvent unique, indurée, et d'étendue restreinte. L'erreur, quand elle existe, est moins grave qu'on ne le pense, puisque, somme toute, on est amené dans les deux hypothèses à faire bénéficier la malade du traitement mercuriel. Plus sérieuse est la confusion avec un chancre mou du col, parfois véritable sosie des syphilides tertiaires ulcéreuses du col utérin. Les greffes de voisinage et l'auto-inoculation à distance aideront puissamment au diagnostic dans le cas de chancre mou, quand les signes objectifs n'auront pas été suffisants.

Mais c'est surtout avec le cancer du col et avec les érosions de métrite muqueuse que se confond habituellement la syphilis tertiaire de ce segment de l'utérus. L'épithélioma, à sa phase d'ulcération, peut simuler une syphilis tertiaire ulcéralive du col. « Que de lésions, disait Ricord, réputées comme d'affreux cancers ont été guéries contre toute prévision par le traitement de la vérole ! » — Mais, en revanche, malheureusement, combien plus ont amené les malades à une intervention sanglante, combien de lésions utérines ont abouti

à l'hystérectomie, qui, sans doute, si l'on avait songé à instituer le traitement mercuriel, auraient complètement et définitivement guéri ! Voici les éléments du diagnostic indiqués par Barthélemy :

« Le toucher fera sentir, dans le cas d'ulcération de la tumeur épithéliomateuse, une base d'une dureté extrême, sèche, mais limitée, qui ne ressemble en rien à la dureté ligneuse étendue à toute la région, comme on le constate dans la syphilis. D'ailleurs, les syphilitiques tertiaires sont des ulcérations sans tumeur véritable, tout au plus à base rénitente, engorgée, infiltrée ; mais cette base ne donne pas, comme dans le cancer, la sensation d'une tumeur sous-jacente à l'ulcération. La dureté et l'épaisseur des bords sont moindres aussi dans la syphilis que dans le cancer, lequel donne lieu aussi plus tard à des pertes de sang beaucoup plus considérables.

L'ulcération du cancer n'est jamais de forme régulière ; elle est plus rouge, plus violacée et plus fongueuse, plus inégale de fond ; elle sécrète une sanie ichoreuse plus diffuente, plus fétide, plus abondante ; enfin, elle est souvent entamée, bordée de végétations bourgeonnantes, papillomateuses, champignonneuses, etc. » L'évolution, les résultats de la biopsie et du traitement sont d'importants éléments de diagnostic. Mais, il est des cas, comme nous allons le voir, où cancer et syphilis forment une symbiose, et où le diagnostic, tant histologique que clinique, devient impossible.

La syphilis tertiaire du col est enfin simulée, dans

bien cas, par des érosions banales d'herpès ou de métrite muqueuse, inflammatoire, catarrhale, granuleuse.

Ces lésions font partie d'un ensemble clinique dont le processus ulcératif n'est qu'un élément accessoire. Nous n'insisterons pas sur les signes distinctifs, connus de tous. — Un point nous semble toutefois particulièrement intéressant. Quand on se trouve, chez une femme âgée, ayant dépassé l'âge de la ménopause, en présence d'un col utérin hypertrophié, on pense habituellement à une métrite sénile, et jamais, pour ainsi dire, à la syphilis. Or, la syphilis tertiaire scléreuse, hypertrophique du col utérin, existe, et est cliniquement établie; — nous ne pensons pas que les rémissions dans les métrorrhagies observées, chez des vieilles femmes, sans qu'il soit besoin de faire intervenir pour cela la médication hydrargyrique, soient une raison suffisante pour enlever à la syphilis la possibilité de leur avoir donné naissance.

Diagnostic de la syphilis tertiaire du corps utérin.

C'est encore le cancer, et cette fois le cancer primitif du corps utérin, — qui peut être le plus facilement pris pour certaines formes de syphilis tertiaire de la cavité corporelle de cet organe. Et en effet, les ulcérations fongueuses intra-utérines de la syphilis tertiaire, avec leur muqueuse végétante, irrégulièrement creusée, humide, souvent hémorragique, peuvent être très naturellement confondues avec l'épithélioma. Nous avons déjà dit combien fréquente doit être la confusion d'une

syphilis ulcéro-gommeuse du col ou du canal cervical avec une dégénérescence néoplasique. De même, la sclérose syphilitique tertiaire de l'utérus, quand elle en est arrivée au stade atrophique, peut faire penser à une forme cirrhotique sénile. Les observations de Montanier et Velpeau, de La Torre, de Betti, de Gelli, de M^{lle} Robineau, de Morisani, et surtout celles de Franeschini en sont de nombreux exemples.

Combien de fois le syphiligraphe est-il mis dans l'impossibilité de reconnaître par l'examen clinique une syphilis tertiaire d'un épithélioma de la langue, bien que cet organe soit facilement accessible à tous les procédés d'examen ; quoi de surprenant alors que ce diagnostic entre une syphilis tertiaire ulcéreuse ou gommeuse de l'utérus et un cancer de cet organe soit enveloppé de plus grandes causes d'erreur et de confusion, puisque nous ne pouvons faire intervenir, la plupart du temps, ni la vue, ni la palpation directe de la lésion ?

Et il ne faut pas toujours se fier aux résultats de la biopsie pour trancher un diagnostic hésitant ; car, dans bien des cas, elle ne pourra donner, dans l'état de nos connaissances, de preuves histologiques formelles sur la nature d'une lésion utérine, tout au plus, ce qui est insuffisant, un processus d'artérite mal différencié. Or, peut-on dire de ce fait qu'il ne s'agit pas d'une lésion syphilitique, parce que cette lésion n'est pas histologiquement « conforme au type anatomique officiel de la syphilis » ? Non certes, et c'est pourquoi la démarcation est si difficile à faire entre la syphilis tertiaire de l'utérus et le cancer de cet organe.

Et d'ailleurs, n'a-t-on pas affirmé hautement, depuis les travaux de Verneuil et d'Ozenne sur l'hybridité cancéreuse, l'influence prépondérante de la syphilis sur le développement du cancer ? Notre intention n'est pas de nous attarder sur ce sujet, si bien étudié dans une thèse récente (Horand : *Syphilis et cancer*. Th. Lyon, 1907). Qu'il nous soit seulement permis de faire remarquer que la syphilis prédispose non seulement au cancer de la bouche (Fournier, Dieulafoy, Barthélemy, Gaucher, Poirier, Landouzy, etc.), du tube digestif, du foie, mais encore du sein, des organes génitaux urinaires et en particulier de l'utérus.

Le cancer de l'utérus peut être, dans bien des cas, considéré comme la parasyphilis de cet organe. Ce sont là les conclusions auxquelles sont arrivés un certain nombre d'auteurs : Audry, Kaposi et surtout Franceschini. La syphilis peut amener le cancer par l'intermédiaire de la leucoplasie qui leur sert de trait d'union. Or, la forme leucoplasique a été constatée et décrite au nombre des accidents tardifs de la syphilis utérine. La syphilis agit en favorisant la sclérose, la sclérose appelant elle-même le cancer. Peut-être la syphilis agit-elle comme cause cachectisante générale.

Franceschini range ces formes morbides utérines dans les groupes suivants :

Premier groupe : tuméfactions et ulcérations utérines de nature vraiment syphilitique, diagnostiquées tumeurs et cancers de l'utérus ;

Deuxième groupe : cancers de l'utérus développés

chez des femmes qui présentent des stigmates d'une infection syphilitique écoulée ;

Troisième groupe : cancers de l'utérus chez des femmes qui ne présentent pas de stigmates de syphilis, mais sont entachées de syphilis conceptionnelle ;

Quatrième groupe : cancers utérins chez des femmes chez lesquelles l'anamnèse confirme l'existence d'une période de souffrances utérines, qui ne peuvent être attribuées qu'à des manifestations syphilitiques ; ces dernières ont passé inaperçues et ont été négligées, mais leur nature spécifique est prouvée par les données anamnestiques.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic des accidents utérins avec l'épithélioma est souvent impossible. On doit souvent soupçonner la symbiose ; et en tout cas, le traitement hydrargyrique doit toujours être tenté dans les cas douteux, et à *fortiori* lorsqu'on trouve nettement la syphilis dans les antécédents d'un cancéreux. Pourquoi cette règle, qui, à l'heure actuelle, est à peu près universellement suivie, quand il s'agit d'une ulcération buccale de mauvais aloi, — pourquoi ne serait-elle pas tout aussi bien acceptée, quand on se trouve en présence d'une lésion utérine suspecte ? Pourquoi faire une exception illogique en faveur du cancer de la matrice, puisqu'il peut avoir lui aussi la syphilis comme point de départ ?

Dans un certain nombre d'autres cas, ce n'est plus avec le cancer que la confusion sera à craindre, mais plutôt avec un polype, ou plus souvent encore avec des fibromyomes de l'utérus ; c'est surtout la forme sclé-

reuse de la syphilis utérine que ce diagnostic concerne. Ces masses solides, incrustées dans le parenchyme utérin, aboutissent à des scléroses circonscrites intra-musculaires, interstitielles, engainées dans une coque fibreuse résistante d'où partent des cloisonnements multiples. Ces cloisonnements, peu fréquents dans les fibromes, sont au contraire habituels dans le cas de gommes syphilitiques, intra-musculaires, par exemple. Cette coque fibreuse et résistante se rencontre toujours dans la forme scléro-gommeuse de la syphilis utérine. Il faut encore tenir compte de l'arrêt de l'involution utérine, ou de l'existence de débris placentaires, ou encore d'une métrite hémorragique, parenchymateuse, qui pourront donner si facilement le change dans les ulcérations fongueuses intra-utérines dues à la syphilis tertiaire.

Dans la syphilis utérine, qui est généralement indolente ou peu douloureuse, il y a plus de gêne et de lourdeur que de douleur, et la matrice conserve mieux sa forme que dans le cas de fibrome ; elle est seulement hypertrophiée et plus dure ; les déformations et les déviations sont plus rares. La péritonite y est moins aiguë, et les contractions utérines moins vivement provoquées et moins pénibles. Cette marche lente, indolente, la longue durée, sont des signes qui doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des formes associés, c'est-à-dire de la forme scléro-gommeuse. Mais, en somme, n'oublions pas qu'il n'y a, à vraiment parler, aucun signe net, aucune particularité permettant de faire songer à une lésion de syphi-

lis tertiaire : le diagnostic sera fait la plupart du temps, par exclusion, parceque les signes constatés seront un peu anormaux, un peu moins tranchés que d'ordinaire, dans le cas de fibromyome, par exemple, ou d'une autre affection utérine ; et parce que surtout on aura l'idée de démasquer la syphilis derrière un tableau symptomatique, en apparence si banal.

III. *Diagnostic du siège.* — Le diagnostic de lésion syphilitique tertiaire est posé. Quel en est le siège ? Est-ce une lésion syphilitique de l'utérus proprement dit, ou une lésion de la trompe ou de l'ovaire, ou encore une lésion syphilitique du petit bassin, péri-utérine et péri-annexielle ? La plupart du temps il sera impossible de répondre nettement à semblable question. On est averti par un symptôme prépondérant, prédominant, au point même parfois d'occuper toute la scène, une métrorrhagie par exemple. Est-ce un symptôme de lésion utérine ou de lésion annexielle ? Sans doute, comme nous aurons l'occasion de le signaler dans l'étude de la syphilis tertiaire des ovaires, on a donné des signes qui pour ceux au moins qui les ont décrits, permettraient d'établir le diagnostic, en dépit des obscurités dont il s'entoure. S'agit-il de métrorrhagies, c'est l'utérus qui est touché ; s'agit-il de ménorrhagies, ce sont les ovaires qui sont en cause. Au premier abord, rien de plus simple. Mais, toutes les constatations à ce sujet sont loin d'aboutir aux mêmes résultats. En réalité, il nous semble que la clinique est plus compliquée, et se complaît mal de distinctions aussi schématiques. La syphilis utéro-annexielle n'occupe pas encore une place assez impor-

tante dans la clinique courante pour qu'on puisse être autorisé à établir, sur des bases trop peu solides, un diagnostic aussi délicat.

A quoi bon, d'ailleurs, s'entêter à la détermination de la localisation des lésions ? Il y a lésion utéro-annexielle, cela suffit, puisqu'aussi bien ce diagnostic est le seul dont puisse bénéficier la malade, grâce au traitement mercuriel.

TRAITEMENT .

Traitement général. — Que devons-nous penser des traitements chirurgicaux, mis en usage si fréquemment, dans les cas de syndromes utérins insuffisamment définis et pouvant se rapporter à la syphilis ? « Il est inutile, dit Franceschini, de se demander combien d'utérus syphilitiques ont été inutilement et dangereusement cautérisés, râclés, amputés, mais il est prudent aujourd'hui de se demander, en présence de l'inutilité d'un râclage utérin ou d'une amputation, si ce n'est vraiment pas le cas de rechercher, dans la pathogénie de l'affection, la présence d'un autre facteur, qui rend le mal rebelle et récidivant, un autre facteur qui ne cède qu'à un seul traitement, le traitement spécifique. »

On a trop abusé, nous semble-t-il, du curettage, qui demeure tout à fait insuffisant dans certains cas d'hémorragies utérines rebelles. Il peut être, sans nul doute, très efficace, comme le prouve l'observation de Quénu, dans le cas où l'endométrite syphilitique ne se caractérise essentiellement que par des altérations de la muqueuse, où

les vaisseaux ne sont pas ou sont peu touchés; — mais il est tout à fait contre-indiqué dans les cas où il s'agit d'altération profonde des vaisseaux utérins, et ce sont de beaucoup les plus nombreux. Il devient même alors un moyen thérapeutique dangereux, parce qu'il peut amener des hémorragies plus graves en ouvrant largement les vaisseaux. Nous adoptons pleinement les conclusions de Morisani : « Dans les cas d'hémorragies graves de l'utérus, en l'absence des indications étiologiques ordinaires, s'il y a chez la patiente des signes bien évidents de syphilis tertiaire, le curettage de l'endométrium n'est pas indiqué. Au contraire, la pratique de cette opération peut avoir comme conséquences des complications consistant en hémorragies plus graves et persistantes. »

Que penser de l'hystérectomie ? Quand les lésions d'angiosclérose de l'utérus sont trop étendues et trop anciennes, quand les hémorragies ne cèdent pas au traitement mercuriel, il est utile d'avoir recours alors, mais alors seulement, à l'hystérectomie. Mais on ne doit y avoir recours qu'après un diagnostic rigoureux. Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas suspects, et à plus forte raison quand on parvient à découvrir la syphilis dans les antécédents de la malade. De cette façon on ne risquera pas de faire opérer pour un prétendu cancer de l'utérus une femme atteinte d'accidents syphilitiques non douteux, comme cela s'est vu plus d'une fois, et l'on mettra sa conscience à l'abri d'un reproche possible; quand le mercure et l'iodure doivent entraîner une amélioration dans les symptômes utérins, c'est rapidement qu'on l'obtient, surtout quand on utilise les sels solu-

bles, en traitement intensif. Il faut savoir seulement ne pas s'attarder en d'inutiles épreuves, et abandonner le traitement mercuriel quand, après quinze à vingt jours de ce traitement bien dirigé et bien suivi, on n'aura constaté aucune sédation dans les symptômes utérins. Ce serait commettre une faute grave que de refuser à une syphilitique ancienne le bénéfice possible d'un traitement spécifique intensif, en présence d'un accident utérin de nature douteuse, relativement au cancer ; mais il est nécessaire de ne pas insister trop longtemps sur ce traitement, sous peine d'aggraver les lésions et de retarder l'intervention chirurgicale, si fréquemment hélas ! illusoire en pareil cas.

En définitive, quand on se trouve en présence d'une malade chez laquelle on a tenté les moyens gynécologiques ordinaires, et dont les symptômes, les métrorrhagies par exemple, ont résisté à tous les agents thérapeutiques communément employés en pareil cas (tamponnements vaginaux, injections vaginales hémostatiques, ergotine, chlorure de calcium, toniques variés, etc.), il faut songer à la possibilité d'une manifestation syphilitique, et instituer, de parti pris, le traitement mercuriel « pour voir ». Et l'on sera surpris, dans bien des cas, de voir sous l'influence de cette médication les hémorragies s'arrêter en quelques jours, les tumeurs se résorber, l'état général s'améliorer rapidement jusqu'à complète guérison.

Franceschini, résumant la prophylaxie et la thérapeutique de la syphilis utéro-annexielle, propose les conclusions suivantes :

« Soumettre les femmes syphilitiques à un traitement régulier durant les trois premières années de l'infection, dans le but de les garantir contre les manifestations tertiaires ;

« Éliminer les causes : malpropreté, leucorrhée, sécrétions anormales, abus sexuels, coït, qui par leur lente et continuelle irritation peuvent provoquer des manifestations tertiaires ;

« Apprendre aux jeunes femmes syphilitiques qu'une toilette intime soigneuse peut écarter d'elles les dangers d'une forme tardive, et les avertir que tout petit malaise utérin doit être soigné, afin qu'il ne les expose pas à d'autres accidents plus graves ;

« Traiter avec intensité, jusqu'à la plus complète guérison, les manifestations tertiaires qui paraîtraient dans l'utérus ;

« Examiner systématiquement et périodiquement l'utérus et le vagin des femmes syphilitiques, afin de surprendre dès le début, et de traiter ainsi tout de suite, ces manifestations tertiaires dont elles pourraient être atteintes ;

« Pratiquer des traitements plus énergiques et plus prolongés, et des examens gynécologiques plus rigoureux et plus fréquents, chez les femmes syphilitiques qui sont fatalement prédisposées au tertiariisme par suite de leurs dispositions individuelles organiques ;

« Instituer le traitement d'épreuve dans ces formes gynécologiques communes, qui peuvent être simulées par la syphilis tertiaire. »

C'est le *mercure* qui doit être la base de tout traite-

ment anti-syphilitique, soit sous la forme pilulaire, soit sous la forme de frictions, ou de préférence sous la forme d'injections. L'on utilisera surtout, pour réaliser une thérapeutique intensive et rapidement efficace, les injections de sels solubles, de benzoate (Gaucher), — non sans s'être renseigné au préalable sur l'état d'élimination du filtre rénal, souvent lésé au cours des syphilis viscérales (Rénon). Il ne faut donner l'iodure qu'avec précaution ; on peut néanmoins l'associer au mercure, à la dose de 1, 2 , puis 3 grammes par jour ; mais il convient de cesser cette médication, dès les premiers phénomènes d'intolérance. Il ne faut pas nier le rôle important que peut jouer le KI. sur la muqueuse de l'utérus, comme tendent à le démontrer les observations de Silvestri (Il ioduro di potassio nella endometrita emorragica. *Gazz. degli osp. della clinica*, sem. II, n° 139, 1898). C'est aussi l'opinion d'Hermann. Mais ce n'est là qu'une médication adjuvante de la syphilis utéro-annexielle, comme de la syphilis en général, et qui ne saurait être, en tout cas, employée à l'exclusion du mercure.

« Si la médication échoue, il sera toujours temps d'opérer plus tard. Si elle réussit, peut-être la guérison ainsi obtenue à peu de frais sera-t-elle pour nous moins glorieuse que si nous eussions enlevé ou cureté l'utérus, mais notre conscience sera la première à nous féliciter de n'être pas intervenu chirurgicalement. » (Ozenne.)

Traitement local. — Nous n'insisterons pas sur le traitement local, qui concerne surtout la syphilis ter-

tiaire du col de l'utérus. Tous les adjuvants gynécologiques employés peuvent l'être ici aussi ; mais, en général, comme on demandera au mercure de réaliser ce que ces divers médicaments employés avant lui n'auront pu produire, c'est à l'exclusion de toute autre thérapeutique qu'on aura recours à la thérapeutique hydrargyrique. Du reste, le traitement mercuriel, administré ainsi que nous l'avons dit, ne servira vraiment de critérium que s'il réussit seul à faire disparaître les accidents que tous les autres procédés gynécologiques avaient été impuissants à supprimer avant qu'on ne songe à lui. Ainsi, il réalisera une véritable expérience clinique et démontrera la nature spécifique des lésions en cause.

DEUXIÈME PARTIE

SYPHILIS TERTIAIRE DES ANNEXES

1° Syphilis tertiaire des trompes.

GÉNÉRALITÉS. — La syphilis peut, à coup sûr, envahir les trompes. Et cependant voici une question que l'on se pose encore : « Existe-t-il vraiment une salpingite syphilitique ? » Quand on ne se contente pas simplement de le nier d'une façon formelle, on met en doute les faits ou on les interprète mal. Mieux vaudrait examiner sans parti pris l'état comparatif des trompes enlevées à des malades spécifiques et à des femmes non contaminées ; mieux vaudrait aussi étudier histologiquement les lésions constatées au cours d'hystérectomies et pour lesquelles on serait en droit de suspecter la syphilis ; mieux vaudrait enfin rechercher systématiquement dans les coupes en série la présence du spirochète. C'est ainsi qu'on pourrait avoir de grandes chances d'arriver à un résultat définitif et concluant, qui, nous avons

tout lieu de le penser, pourrait fournir des éléments de diagnostic différentiel entre la syphilis et toutes les autres causes d'appel des salpingites.

Il existe, au premier abord, certaines présomptions en faveur de la réalité de la syphilis tubaire. N'a-t-on pas, cliniquement, l'occasion de constater, au décours de la syphilis secondaire, certains troubles annexiels, utéro-ovariens, qui paraissent relever de cette maladie ? La trompe a sa part de l'infection. De plus, l'analogie physiologique qui existe entre la trompe et l'épididyme a été invoquée à ce sujet. On sait combien l'épididyme est susceptible vis-à-vis de l'infection secondaire. Pourquoi l'analogie fonctionnelle reconnue entre ces deux organes ne se poursuivrait-elle pas jusque dans leur pathologie, et pourquoi, puisque l'épididyme est sensible à la vérole, pourquoi la trompe, son homologue chez la femme, ne le serait-elle pas au même chef ?

Mais un certain nombre de faits sont là pour appuyer le bien fondé de ces hypothèses et pour leur donner plus de poids. Nous voulons parler des observations, accompagnées de constatations anatomiques, autopsiques ou opératoires, de Bouchard et Lépine, de Ballantyne et Williams, de Dohonhoffe et enfin de Wasilieff.

Isolée ou symétrique, elle est passagère, capable de résolution spontanée quand elle se produit à la période secondaire ; elle est tenace et même rebelle, quand elle appartient à la période tertiaire (soit de 8 à 12 ans après l'apparition des premiers accidents). Dès la période secundo-tertiaire (de 4 à 8 ans après le chancre), on

peut observer des lésions durables, mais qui toutefois sont susceptibles de guérison, non sans laisser après elles des cicatrices et des brides fibreuses. Un traitement mercuriel bien conduit et suffisamment prolongé a raison de semblables accidents à toutes les périodes de la maladie, sauf toutefois quand il s'agit de lésions scléro-gommeuses de la trompe et surtout scléreuses, qui sont d'ordinaire l'aboutissant des autres formes. Il existe néanmoins des salpingites scléreuses qui paraissent s'être produites d'emblée, sans être la conséquence d'un processus syphilitique antérieur. Mais, ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'à l'ordinaire, la salpingite syphilitique n'est pas isolée ; elle coexiste avec d'autres manifestations tertiaires de la syphilis sur les organes génitaux, avec des lésions de syphilis tertiaire utérine ou ovarienne, et c'est plutôt à une salpingo-ovarite que l'on a affaire cliniquement, en pareil cas. La récurrence est la règle, l'intermittence est fréquente.

HISTORIQUE. — La littérature médicale n'abonde pas en renseignements sur la syphilis tubaire, et il est même décevant de constater la rareté des observations de ce genre, avant l'ère des laparotomies. Néanmoins, un certain nombre d'auteurs, et en particulier de syphiligraphes, se sont préoccupés de cette question, et ont essayé d'en dégager quelques traits.

Le premier cas en date paraît bien être celui qui a été rapporté par MM. Bouchard et Lépine (en 1866). Ballantyne et Williams ont signalé, à leur tour, un cas de gomme miliaire chez un enfant syphilitique. On trouve une observation de Bold et une autre de Dolé-

ris. Bold insiste sur ce fait que la salpingite qu'il relate était intermittente. Doléris conclut à la nature syphilitique de la lésion en l'absence de tout autre cause appréciable. Klebs et Martin pensent que le virus syphilitique se localise rarement aux trompes. Ce dernier auteur rapporte un cas très instructif de Dohonhoffe, et pense qu'il y a lieu de rattacher à la syphilis certains pyosalpinx. Il dit avoir observé trois salpingites syphilitiques sur 207 inflammations tubaires.

Gill-Wylie (*Diseases of the fallopian tubes, The med. record*, vol. XXVII, n° 4, janv. 24, 1885, p. 86) ne nie pas les salpingites syphilitiques, et en assimile la production à celle de l'otite et de l'ozène syphilitiques.

Sænger admettait la syphilis tubaire. Polaillon, sur 573 cas d'ovaro-salpingites, compte 3 cas de syphilis.

Whiteseade cite un cas personnel de tumeur gommeuse de la trompe, et en rapporte un autre analogue de Fuller; mais ces deux observations ne possèdent aucun contrôle anatomique.

Le même auteur, Whiteseade, nous apprend à ce sujet que le *American Year Book of medicine and surgery*, Gould, depuis 1896 jusqu'en 1903 inclusivement, ne fait aucune mention de la syphilis tubaire. Le *American textbook of Pathology*, Hektoen-Riesman, 1901, p. 1057, a quatre lignes concernant cette question; il dit: « La salpingite syphilitique a été très rarement découverte chez le nouveau-né, l'enfant ou l'adulte; la trompe est augmentée, tortueuse, enflammée; sa lumière ordinairement oblitérée, et sa musculature infiltrée de petites cellules rondes ou de gommès miliaires. »

Au congrès de gynécologie de Rouen, M. Jeanne relate un cas de tumeur péri-utérine très probablement annexielle, qu'un traitement spécifique faisait chaque fois disparaître. Dans la même séance, M. Pinard cite un cas de tumeur péri-utérine ayant cédé au mercure. Ces auteurs ont tiré cette question de l'indifférent abandon dans lequel on l'avait trop longtemps laissée. Enfin, tout récemment, M. Wassilieff est venu apporter, avec son contingent de cinq observations de syphilis salpingienne, des vues nouvelles sur l'anatomie pathologique et sur la symptomatologie de l'affection. Enfin, plus récemment encore, M. Dalché, à son tour, a ajouté au dossier de la syphilis tubaire un nouveau cas de salpingite syphilitique.

C'est d'après ces documents que nous allons essayer une mise au point et une ébauche anatomo-clinique de la question.

ÉTIOLOGIE. — Nous avons pu recueillir une douzaine d'observations ayant trait à la syphilis tertiaire des trompes : ce sont celle de Bouchard et Lépine, celle de Ballantyne et Williams, celle de Dohonhoffe, celle de Bold, celle de Doléris, celle de Fuller, celle de Whiteseade, auxquelles il faut adjoindre les cinq observations de Wassilieff. Nous éloignons de parti pris celles, plus nombreuses, dans lesquelles il y a coexistence de lésions des ovaires et des trompes, telles par exemple celle de Lécorché (salpingo-ovarite syphilitique scléro-kystique), celle de Polaillon, celle de Jeanne (syphilis péri-utérine, salpingo-ovarienne très probable), celles de Pinard, celle de Garafalo, et un certain nombre d'autres

analogues, où les lésions salpingiennes sont mal établies et mal délimitées. Parmi les observations précédentes de syphilis salpingienne isolée, il nous faut surtout retenir celles de Bouchard et Lépine, de Ballantyne et Williams, de Dohonhoffe et de Wassilieff, qui sont accompagnées d'examen anatomo-pathologique, nécropsique ou opératoire.

Les salpingites syphilitiques sont sans doute plus fréquentes qu'on ne le dit couramment. Pichevin est très surpris que Wassilieff ait pu réunir cinq cas de salpingite syphilitique en huit ans. Singulier reproche que celui-là !

Ce qui déconcerte, dans la recherche de la syphilis génitale, c'est de ne pas rencontrer une symptomatologie spéciale, c'est de ne pas pouvoir différencier cliniquement la salpingite syphilitique des autres salpingites infectieuses. Mais ce n'est pas la règle pour la syphilis viscérale : voyons-nous la gomme cérébrale avoir une symptomatologie différente de celle de la tumeur cérébrale en général ? Si l'étude de la syphilis tertiaire génitale, l'étude de la syphilis utérine, de la syphilis salpingienne et de la syphilis ovarienne, est encore si peu avancée, c'est parce qu'on ne veut pas admettre la réalité de son existence ou qu'on l'ignore, et par conséquent qu'on ne s'applique pas à sa recherche.

Les lésions syphilitiques des trompes peuvent se manifester à tous les âges de la vie, au moins d'après ce que semblent prouver les indications consignées dans les observations précédentes, — encore en trop petit nombre : la syphilis salpingienne, comme la syphi-

lis utérine et comme la syphilis ovarienne, peut être héréditaire ou acquise. La malade de Bouchard et Lépine était une femme de 40 ans ; celle de Dohonhoffe était une fillette nouveau-né ayant succombé à une syphilis généralisée ; celle de Ballantyne et de Williams une enfant hérédo-syphilitique de 7 mois ; celle de Fuller une jeune femme à antécédents douteux ; celle de Whiteseade, une femme de 37 ans. La malade la plus âgée était une malade de Wassilieff, de 70 ans, à antécédents syphilitiques méconnus.

Ce même auteur a constaté un cas de syphilis tubaire à 38 ans, un autre à 34 ans, et un autre à 30 ans.

Combien de temps après le début de la vérole apparaît la localisation salpingienne ? La plupart des observations sont muettes sur ce point ou ne donnent que des renseignements très peu précis. Bouchard et Lépine nous disent qu'ils n'ont trouvé rien de ferme sur la syphilis antérieure de leur malade ; Fuller ne nous signale que des antécédents douteux : dans l'observation de Whiteseade, c'est sept ans après le début de la syphilis qu'apparurent les accidents salpingiens. Dans la première observation de Wassilieff, il s'agit d'une femme, syphilitique méconnue ; dans la deuxième et la troisième, la syphilis, probable chez l'une, certaine chez l'autre, remonterait à une quinzaine d'années ; enfin dans une autre la syphilis, très probable, daterait de dix ans environ, au moment de l'apparition de la salpingite spécifique.

PATHOGÉNIE. — En ce qui concerne la *pathogénie* de la salpingite syphilitique tertiaire, elle ne nous semble

pas devoir être différente de celle d'une salpingite banale, bien que là-dessus il soit plus prudent de nous réserver. Néanmoins, elle est rarement primitive et isolée ; d'ordinaire elle est en coexistence avec les lésions utérines ou ovariennes, et il est probable qu'elle est due à la propagation de l'infection par les lymphatiques. Dans d'autres cas, elle est consécutive à une ostéite gommeuse du petit bassin, comme il en a été rapporté quelques observations et il est très vraisemblable qu'elle se développe encore par le même mode pathogénique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Un chapitre d'anatomie pathologique à propos de la syphilis tubaire est encore très difficile à établir, par insuffisance de documents précis. Il sera nécessaire, pour arriver à des résultats précis, de multiplier et de comparer les constatations histologiques et bactériologiques, faites systématiquement et répétées, à propos d'hystérectomies ou au cours d'autopsies chez d'anciennes syphilitiques. Pour le moment, nous croyons néanmoins avoir le droit d'admettre l'existence d'un certain nombre de formes anatomo-cliniques de la syphilis tubaire : la forme congestive, la forme catarrhale ou suintante, la forme gommeuse, la forme scléro-gommeuse, la forme scléreuse et la forme scléro-kystique.

La *forme congestive* n'a pas, à proprement, parler, d'histoire anatomico-pathologique. Elle est le premier terme de la syphilis tubaire, presque toujours essentiellement légère et fugace, et n'est le plus souvent qu'une des multiples manifestations de la période secondaire bien plutôt qu'une localisation tertiaire précoce. Aussi

ne se manifeste-t-elle pas, pour ainsi dire, au moins à son début, par des lésions anatomiques appréciables ; quand elle est ancienne, elle peut aboutir à la formation d'adhérences et à l'atrophie consécutive, ou bien dans un certain nombre de cas, elle peut déterminer des troubles salpingiens dystrophiques, liés à une hérédosyphilis latente.

A côté de la forme précédente, on peut ranger la *forme catarrhale ou suintante*. Elle est l'analogue du coryza syphilitique ; c'est dire qu'elle peut relever dans un certain nombre de cas de l'hérédosyphilis, dont elle n'est, en pareille occasion, qu'un des stigmates dystrophiques. Wassilieff, dont les cinq observations semblent pouvoir être rapportées à cette forme, en décrit complaisamment l'anatomie pathologique de la façon suivante : « Les laparotomies ont montré qu'au début les trompes, peu augmentées de volume, sont *bleues*, gorgées de sang, cyanosées ; jusqu'à une période plus avancée de la maladie, les trompes sont devenues *blanches*, très petites, dures, rigides, ayant l'aspect d'un gros canal déférent, ressemblant à la salpingite parenchymateuse (ce qui prouve que cet état peut être produit par plusieurs variétés d'infections) si bien décrite par M. Pozzi... Au point de vue microscopique, les lésions finales sont constituées par une sclérose totale de la paroi tubaire, si bien que les fibres musculaires dissociées, atrophiées, paraissent avoir disparu sur un très grand nombre de points.

Les lésions importantes portent sur le système artériel (nous avons vu qu'il faut y joindre aussi les phlé-

bites syphilitiques) ; on trouve, en effet, de l'endopériartérite, généralement de la thrombose. » L'auteur termine sagèment sa description anatomo-pathologique par ces mots : « A tous les points de vue, je ne puis que poser des jalons destinés à diriger les recherches, lorsqu'un plus grand nombre de cas de salpingites syphilitiques auront été observés. »

L'observation de Dohnohoffe, relatée par Martin (de Leipzig, 1895, p. 186. *Die krank. der Erlester*), nous paraît devoir aussi être rapportée à la forme de catarrhe syphilitique chronique de la trompe. « Les trompes d'un nouveau-né ayant succombé à une syphilis généralisée, présentent un épaississement de toutes leurs parois ayant un aspect cireux ; sur la coupe, la paroi tubaire paraît quatre fois plus grosse qu'à l'état normal, et les vaisseaux sont élargis ; la musculature et le tissu conjonctif épaissis et riches en noyaux ; les plis de la muqueuse bien développés contiennent beaucoup de noyaux, l'épithélium régulier est bien conservé et la lumière de la trompe complètement libre. » C'est là un cas auquel il faut attacher une grande importance. Les lésions sont celles de la salpingite de cause banale, et cependant il est difficile d'admettre en pareil cas, chez un nouveau-né, la blennorrhagie.

Martin pense aussi que la salpingite syphilitique n'offre que les lésions ordinaires de la trompe enflammée ; il n'est même pas éloigné d'admettre l'origine spécifique possible de certains pyosalpinx.

Il en est des tumeurs salpingiennes et périsalpingiennes comme des ulcères variqueux chez les syphili-

tiques tertiaires insuffisamment traités. Que de fois n'avons-nous pas eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis des malades porteurs d'énormes ulcérations ayant des caractères gommeux très tranchés, bien qu'affligés de varices anciennes. Un surmenage, un traumatisme, avaient sans doute été le point de départ des ulcérations ; l'ulcère, d'abord sans doute variqueux, était devenu nettement syphilitique dans la suite, du fait de son évolution sur un terrain approprié, et n'était comblé que par le traitement mixte, mercuriel et ioduré. Pour être porteur de varices volumineuses, on n'en a pas moins le droit d'avoir un ulcère syphilitique gommeux. Et pareille chose se produit dans le cas de salpingite syphilitique, où l'on peut constater l'infection des veines enflammées, développées, tortueuses, variqueuses enserrant dans leurs réseaux la trompe déformée.

La *forme gommeuse* est généralement une trouvaille d'autopsie, ou une découverte opératoire au cours d'une hystérectomie pratiquée en vue de diagnostics tout à fait différents. Dans l'un ou l'autre cas, on peut observer des altérations diverses, épaissement, déformation, brides fibreuses, adhérences péritonéales, etc. ; tantôt des lésions d'hypervascularisation, des folliculites, des végétations bourgeonnantes, des cloisonnements kystiques, séreux ou suppurés, dans les mêmes conditions qu'on a pu trouver de véritables gommès, bien reconnaissables à leur enveloppe fibreuse et à leur bourbillon central, ne ressemblant ni à la suppuration, ni à la tuberculose, ni aux diverses sortes de dégénérescences

graisseuse, sanguine, purulente, etc., ni aux hématosalpinx. La forme exclusivement gommeuse, isolée, est tout à fait exceptionnelle ; mais elle existe ; on a même pu voir plusieurs gommès, de volume différent, disséminées dans la paroi de la trompe, hypervascularisée, congestionnée, épaissie, bosselée et parfois aussi ulcérée. Ces gommès multiples siégeaient du côté droit alors que la trompe gauche était restée saine (Bouilly). De ce fait relativement récent, il y a lieu de rapprocher le cas de MM. Bouchard et Lépine (Syphilis tertiaire et gomme des trompes de Fallope. Ramollissement cérébral, hépatite. *Gaz. méd.*, Paris, 1866), et dans lequel ces auteurs constatèrent à l'autopsie l'existence de gommès des deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches, de gommès des méninges, etc.

« Les deux trompes, disent-ils, sont très augmentées de volume ; elles ont chacune la grosseur d'un doigt ; le canal est complètement effacé, le pavillon est disparu. » :

Ce ne sont là que des lésions ordinaires de la salpingite ; mais, on trouve à la coupe dans chacune, trois gommès du volume d'une noisette, molles et rougeâtres, et sur la surface de section des petites granulations grisâtres ressemblant à des grains de sable. Le cerveau et le foie présentaient des gommès.

J.-W. Ballantyne et J.-D. Williams (The histology and pathology of the fallopian tubes, *The British med. Journ.*, 1891, t. I, p. 171) décrivent à leur tour le sclérome (ou gomme miliaire) de la trompe chez une syphilitique de 7 mois : « Quelques-unes des franges tubai-

res étaient adhérentes à leur sommet et formaient des bandes transversales. Dans la paroi musculaire, on trouvait un amas de petites cellules rondes, exactement semblables à celles qui furent trouvées dans le foie et d'autres organes de cet enfant. »

C'est encore dans cette forme qu'on doit ranger l'observation de Whiteslade et celle de Füller, rapportée par l'auteur précédent et dans lesquelles le diagnostic n'a été porté que devant le succès de la médication mercurielle.

Dans la *forme scléro-gommeuse*, qui est plus fréquente que la précédente, les gommès sont groupées, multiples, miliaires ou lenticulaires, en tout cas de volume différent dans une même trompe ; les deux trompes sont généralement atteintes en même temps, mais inégalement ; au contraire, la *forme scléreuse* est le plus souvent symétrique et de même intensité, dans l'une et l'autre trompe.

Cette dernière est la forme sous laquelle se manifeste d'habitude la syphilis tubaire. Barthélemy rapporte le cas de Doléris, dans lequel il existait une sclérose hypertrophiante des trompes d'origine très probablement spécifique ; les trompes étaient entourées de toutes parts d'une gaine très développée, qui avait doublé le volume de la trompe. Le tissu propre et les enveloppes étaient entièrement confondus. Cette sclérose était à topographie périglandulaire et périvasculaire ; elle était devenue diffuse comme dans la myométrite hypertrophiante.

Donc la *forme sclérose kystique*, une des plus fréquentes, est caractérisée anatomiquement par l'existence

de kystes multiples, cloisonnés, de dimensions variables, les uns suppurés, les autres séreux, quelques-uns hémorragiques. Ce processus rappelle celui que l'on peut observer dans les orchites syphilitiques, avec lesquelles il y a coexistence d'épidydymite, de funiculite tertiaire et d'hydrocèle vaginale. Cette salpingite scléro-kystique, en temps que manifestation tertiaire de la syphilis, se développe lentement, et ne peut être que lente à se résorber sous l'influence de la médication spécifique. Elle est souvent associée à des lésions ulcéreuses des ovaires, donnant lieu à une salpingo-ovarite scléro-kystique, comme c'est le cas dans l'observation de Lécorché. Cet auteur constata, en outre de lésions du foie, des reins et des ovaires, chez une femme atteinte de syphilis conceptionnelle, que « la trompe droite, plus longue que normalement, était dilatée et qu'à l'extrémité libre de cette trompe se trouvait un kyste semblant formé à ses dépens. »

Nous devons convenir, en terminant cette étude anatomo-pathologique, qu'elle est forcément un peu trop schématique et qu'elle a besoin d'être étayée à nouveau par des constatations nombreuses et répétées.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il est des malades qui se plaignent de douleurs, de lourdeur, de pesanteur dans le ventre et qui sont obligées même parfois de garder le lit. La douleur prédomine d'un côté, ne s'exaspère qu'exceptionnellement la nuit et n'est accompagnée ni de lymphangite ni d'adénopathie. A ces symptômes subjectifs peuvent s'adjoindre des signes de catarrhe tubaire, des troubles de la sécrétion et parfois une véritable

hydrorrhée. Les troubles de la menstruation sont le fait habituel, ainsi que les poussées paroxystiques de névralgies et divers troubles vaso-moteurs. Les règles augmentent de durée et d'abondance.

Les métrorrhagies et les ménorrhagies se montrent d'autant plus intenses que l'affection est plus ancienne, et parfois elles peuvent devenir tout à fait alarmantes et d'une gravité exceptionnelle, du fait de leur abondance, de leur durée et de leur résistance aux traitements habituels.

Dans d'autres cas, ce sont les phénomènes de dysménorrhée qui dominent la scène ; ils se produisent très fréquemment chez les hérédosyphilitiques, et sont liés aux troubles de développement que l'on constate chez ces malades ; si bien que la salpingite syphilitique, caractérisée par de l'aménorrhée complète ou par des règles tardives et ultérieurement la stérilité, paraît plus fréquemment provoquée par l'hérédosyphilis que par la syphilis acquise ; ou bien dans ce dernier cas, la contamination s'est produite dans l'enfance. L'action du virus syphilitique se manifeste sur un organisme en voie de développement par des troubles organiques variés ; la trompe n'échappe pas à cette influence, et elle peut être plus ou moins troublée dans son fonctionnement ou entravée dans son évolution.

Ces symptômes paraissent se rapporter plus particulièrement à la *forme congestive* de la salpingite syphilitique, spéciale à la période secondaire de la syphilis. Mais il faut reconnaître que nous ne pouvons établir sur elle que des probabilités, les observations cliniques

et les examens anatomiques ne nous ayant pas encore donné le droit d'affirmer l'origine spécifique de ces salpingites congestives.

Il existe, en revanche, une forme de *salpingite catarrhale*, celle-ci sous la dépendance de la syphilis tertiaire. C'est à elle que se rapportent les cinq observations de Wassilieff, qui lui ont permis de dresser le tableau symptomatologique suivant de la syphilis tubaire : « Au début, douleur peu intense d'un côté du bas ventre, se manifestant surtout la nuit et durant peu. En même temps, il y a augmentation d'abondance des règles ; puis la douleur augmente d'intensité, se reproduit plus souvent, à intervalles plus rapprochés, dure plus longtemps, si bien qu'au bout de quelques mois, les crises deviennent subintrantes.

Enfin, la douleur gagne l'autre côté et s'y manifeste avec les mêmes caractères, de sorte que l'on peut ainsi définir la douleur des salpingites syphilitiques : oscillante, progressive, continue, à bascule. Les règles augmentent de durée et d'abondance ; leur intervalle va donc en diminuant avec le temps ; à cette période d'état, les lésions restent petites. Trompes du volume du petit doigt au plus, légèrement douloureuses spontanément et à la pression.

Mais le caractère important au point de vue du diagnostic réside dans la douleur provoquée par la pression au niveau des artères pelviennes : épigastrique, utérine, vaginale, honteuse interne, spermatique externe, fémorale. Ces douleurs artérielles sont ignorées des malades, qui sont toutes surprises de constater

leur provocation par la pression du doigt explorateur.

La période d'état dure un temps, assez long ; puis lentement, très lentement, parfois en plusieurs années, les symptômes s'atténuent ; les douleurs deviennent moins intenses, mais en revanche continues ; les trajets artériels deviennent bien moins sensibles ; les règles, un peu moins fréquentes que d'habitude, diminuent d'abondance et finissent par être moindres, en quantité, qu'avant l'invasion de la maladie.

Les signes physiques suivent la même marche : les trompes restent petites à la période d'état ; puis elles diminuent de volume à mesure que les symptômes s'atténuent et finissent par ne plus avoir que le volume d'un petit crayon, d'un gros canal déférent. Elles deviennent dures, rigides et presque rectilignes.

Quelle est donc la marche de la maladie ? Elle est, comme le symptôme douleur, progressive jusqu'à la période d'état, puis les symptômes s'atténuent, la marche devient dégressive, si je puis m'exprimer ainsi. « Quand la maladie est abandonnée à elle-même, on voit ainsi se réaliser le passage de la forme catarrhale à la forme scléreuse. » La maladie aboutit à des phénomènes que l'on rapporte d'ordinaire à l'existence d'ovaires scléro-kystiques ; parfois cependant la sclérose s'accompagne d'un symptôme contradictoire : la persistance de ménorragie assez abondante. » Ainsi donc, il ressort de l'exposé clinique de Wassilieff :

1^o Que l'utérus ne présente pas de lésions appréciables, dans la salpingite syphilitique, comme dans la sclérose ovarienne ;

2° Que les hémorragies sont un symptôme commun à la syphilis tubaire et à la syphilis ovarienne, et qu'on ne peut pas établir de diagnostic entre les hémorragies ovariennes et les hémorragies salpingiennes.

3° Que le diagnostic entre ces deux affections peut être établi par l'étude de la sensibilité. Dans les quatre observations de sclérose ovarienne rapportées par Ozenne, « les malades n'accusaient aucune douleur pelvienne, et, à la pression abdominale, de même qu'au toucher vaginal, on ne réveillait qu'une sensibilité bien peu accusée. Les deux seuls symptômes manifestes étaient les hémorragies et la tuméfaction des ovaires. Il est vrai que le processus pathologique était arrivé à la période de sclérose. » Au contraire, dans les salpingites dont Wassilieff nous a donné connaissance, il a noté des douleurs pelviennes spontanées, et, de plus, il a constamment provoqué de la douleur à la pression sur les artères du petit bassin (1). Les douleurs, par leur atténuation à la longue, semblent répondre aux deux phases anatomiques par lesquelles passent les trompes : une première phase de congestion, de cyanose (trompes bleues) et une seconde phase de sclérose (trompes blanches).

1. Ce même symptôme a été retrouvé par Mouratow, qui le signale dans son observation : « Dans le cul-de-sac droit, l'artère utérine est douloureuse à la pression. » Mais, sous l'heureuse influence du traitement mercuriel, « les pulsations de l'artère utérine droite ne sont plus perceptibles ». (Mouratow, *Métrorrhagie syphilitique. Meditzinskoë oboznenie*, janv. 1907, p. 42).

Ce même auteur tire de ses observations les conclusions suivantes :

« Il existe des lésions annexielles, de petit volume, présentant une marche progressive, oscillante et continue, s'accompagnant de douleurs et de métrorrhagies également progressives, oscillantes et continues, de douleurs non spontanées, mais à la pression, sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, vaginales, utérines et honteuses internes, douleurs artérielles ignorées des malades.

« La vue directe, après laparotomie, a montré soit des trompes cyanosées, *bleues*, régulièrement cylindriques, soit des trompes *blanches*, dures et rigides, dont la nature syphilitique paraît démontrée par les véritables expériences réalisées dans les différents cas mentionnés ci-dessus, à savoir :

« 1° Douleurs persistantes, ablation de trompes bleues, guérison par le traitement spécifique (1^{er} cas) ;

« 2° Persistance des douleurs du côté de la trompe bleue conservée, guérison par le traitement.

« Très légère amélioration du côté de la trompe blanche enlevée ;

« 3° Pas d'action du traitement sur des trompes blanches sclérosées ;

« 4° Guérison par le traitement, sans intervention chirurgicale ;

« 5° Guérison des lésions bilatérales par le traitement, malgré l'ablation d'une seule trompe, toutes deux ayant été trouvées bleues au cours de la laparotomie. »

Ces résultats semblent prouver que le traitement

mercuriel, merveilleusement efficace, quand il s'agit de trompes bleues, c'est-à-dire celles qui sont le siège d'un processus syphilitique récent, — n'a plus aucun résultat quand elles sont blanches, c'est-à-dire envahies par un travail de sclérose ancienne. Pareilles conclusions ne peuvent être tirées des observations d'Ozenne, dans lesquelles des ovaires scléreux ont diminué de volume, sous l'influence du traitement hydrargyrique, en même temps que s'atténuaient et disparaissaient les hémorragies.

Les expériences de contrôle ne sont pas encore suffisantes pour élucider cette importante question thérapeutique.

M. Pichevin, dans une revue générale consacrée à la syphilis des annexes (*Sem. gynécol.*, 13 sept. 1904), ne semble pas très décidé à accepter les notions jusqu'ici obtenues en fait de syphilis tubaire. Il nous fait remarquer que les salpingo-ovarites peuvent évoluer vers la guérison naturelle ; qu'il existe des salpingo-ovarites, d'origine variable, même chez des syphilitiques ; que ce n'est pas la disparition d'exsudats annexiels, après l'administration du traitement mercuriel, qui prouve que ces exsudats sont forcément d'origine syphilitique ; que toutes les artério-scléroses ne sont pas d'origine syphilitique.

Nous ne reprendrons pas, en ce moment, tous les arguments que nous avons déjà réunis à propos de la syphilis utérine, et qui sont aussi valables pour justifier l'existence et la réalité de la syphilis annexielle.

Nous compléterons plus loin, à propos de la syphilis

ovarienne, l'étude de la symptomatologie de la salpingite syphilitique, les deux affections étant souvent associées, — et nous nous occuperons plus longuement du symptôme capital, les métrorrhagies rebelles, qui doivent, à défaut d'autre indication, faire penser à la syphilis.

Dalché (*Gaz. des hôp.*, 15 juin 1905) dans une leçon intitulée : « Métrorrhagies et Salpingites syphilitiques » accorde à ce symptôme la place prépondérante qu'il mérite. Voici une jeune femme qui est très probablement atteinte de cette affection. Grande, fortement développée, lymphatique, réglée à 13 ans 1/2, mariée il y a deux ans ; fausse couche de 7 mois, suites de couches normales. La marche de la grossesse, le rapport du poids du placenta au poids de l'enfant, certains accidents présentés par la mère, tout indique que la mère est bien syphilitique. Or, elle est atteinte d'une salpingite gauche absolument indolente. Au bout de deux mois de traitement mercuriel, « la salpingite a diminué d'une façon considérable et les troubles menstruels se sont atténués. »

On pourra, termine l'auteur, discuter cette observation, admettre la salpingite chez une syphilitique au lieu de salpingite syphilitique.

Dans tous les cas, il faut savoir qu'il peut exister à tous les moments de la syphilis, des lésions tubaires dont la syphilis est directement responsable : douleur modérée, parfois exacerbée la nuit ; règles augmentées de durée et d'abondance, etc... Cet état peut se prolonger pendant longtemps, puis s'atténuer, et la trompe se

sclérose... Et les auteurs précédents ne tiennent compte que de la syphilis acquise et manifeste, alors qu'il ne faut pas oublier non plus la syphilis conceptionnelle latente et l'hérédo-syphilis.

Enfin, il est des observations telles que celle de Füller et celle de Witheseade, où c'est la *tumeur salpingienne* qui était le symptôme prédominant. Ce sont là des cas de *syphilis gommeuse* ou *scléro-gommeuse* de la trompe. Dans le cas de Füller, on pouvait percevoir « dans la région du ligament large, une tumeur d'environ le volume d'une orange et de tension modérée » ; elle disparut graduellement sous l'influence du traitement antisypilitique. Dans l'observation de Whiteseade, « l'examen montra du côté droit une tumeur de la grosseur d'un gros citron, en apparence dans la trompe de Fallope. » Elle entra peu à peu en régression, puis disparut complètement, par les mêmes moyens thérapeutiques. Or, voilà un fait : la régression d'une tumeur salpingienne succède à l'institution d'un traitement mercuriel, administré à cet effet. On peut prétendre quand même qu'il y a simple succession, non liaison de cause à effet ; en d'autres termes, qu'il s'agit d'une tumeur salpingienne, mais qu'il n'est pas prouvé, par le succès du traitement mercuriel, que cette tumeur soit d'origine sypilitique. Nous répondrons à cela : 1^o Est-ce qu'une tumeur salpingienne de nature franchement sypilitique se serait comportée différemment au double point de vue symptomatique et thérapeutique ? Il semble donc y avoir là plus qu'une simple loi de coïnci-

dence. 2° Peut-on nous donner la preuve que le mercure guérit d'autres lésions que celle de la vérole ?

Il nous semble donc tout à fait légitime et tout à fait logique d'admettre qu'en présence d'une malade ayant des antécédents syphilitiques nets ou seulement probables, et à plus forte raison chez laquelle coexistent des accidents tertiaires, — quand nous constatons une tumeur utérine, salpingienne ou ovarienne, accompagnée d'hémorragies rebelles, — quand ces symptômes ne diminuent pas sous l'action de la thérapeutique gynécologique usuelle, mais qu'ils régressent et disparaissent totalement sous l'influence des traitements mercuriels et ioduré combinés, nous sommes complètement en droit, jusqu'à preuve du contraire, de penser et de conclure à l'origine et à la nature syphilitique de semblables manifestations. Ce n'est pas un raisonnement différent que l'on tient pour certaines autres syphilis viscérales, qui, elles du moins, ont le privilège de n'être pas contestées.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. TRAITEMENT. — Les éléments du diagnostic positif de la syphilis salpingienne sont les mêmes que ceux de la syphilis utérine tertiaire, et nous croyons inutile d'y revenir. Il consistera à songer à la vérole comme cause possible d'une affection tubaire, rarement isolée d'ailleurs et se manifestant plutôt avec les allures cliniques d'une salpingo-ovarite. Nous avons vu, au cours de la symptomatologie, que Wassilieff a insisté sur un signe distinctif des salpingites syphilitiques : la douleur provoquée à la pression des artères du petit bassin. Sans vouloir discuter la valeur réelle de ce symptôme, qui a besoin d'être contrôlé par d'au-

tres observateurs, nous nous bornerons à faire remarquer que, si la recherche en est négative, le diagnostic de syphilis salpingienne ne doit pas être infirmé pour cela, et que, s'il existe, il n'acquiert sa véritable importance qu'au temps où il coexiste avec d'autres symptômes, tels que la tumeur salpingienne et les hémorragies rebelles, chez des malades à antécédents spécifiques avérés. — Nous réservons pour le chapitre suivant le diagnostic des hémorragies, souvent si alarmantes, de la syphilis annexielle.

Le pronostic de la localisation tubaire de la vérole, peu grave en lui-même, au moins dans les formes du début, et avant que les trompes n'aient été envahies par le processus de sclérose, n'est vraiment fâcheux que lorsque la salpingite syphilitique s'accompagne de lésions analogues des ovaires, de l'utérus, ou du petit bassin, et lorsque la nature de la manifestation spécifique passe inaperçue et que, par suite, le seul traitement curatif fait défaut.

Quant au traitement, il ne diffère pas dans ses grandes lignes de celui de la syphilis tertiaire des ovaires. Il serait à souhaiter, pour le plus grand bien des malades et pour la plus grande satisfaction du médecin, que l'on s'habitât à tenter, dans un certain nombre de cas suspects, l'épreuve curative avant toute intervention chirurgicale. De cette façon, on aurait sans doute des cas de guérison inattendue ; ne fût-ce qu'un seul, ce serait autant de gagné.

Syphilis tertiaire des ovaires.

GÉNÉRALITÉS

Il y a longtemps déjà que Lancereaux, dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, a invoqué la puissante analogie glandulaire qui existe, physiologiquement au moins, entre l'ovaire et le testicule, ce dernier si fréquemment atteint par la vérole. Ce qui fait peut-être que la syphilis ovarienne reste dans l'ombre et que sa réalité même est mise en doute par un certain nombre d'esprits sceptiques, c'est que, par sa situation intrapelvienne, cet organe échappe à l'examen direct, contrairement à la glande génitale de l'homme ; et, comme en outre, l'ovarite spécifique n'a pour traduire son existence aucun symptôme spécial, aucun signe distinctif, il s'en suit qu'on pense rarement à elle et qu'on ne songe pas à la dépister. Il n'en est pas moins vrai que cette relation fonctionnelle entre les glandes mâle et femelle permet de supposer, selon toute vraisemblance, une même analogie pathologique entre ces deux organes, susceptibles de réagir de la même façon à l'égard du virus syphilitique.

Rien ne ressemble plus au tertiariisme des ovaires que le tertiariisme du sein et du testicule. Il n'y a pas d'affection syphilitique plus fréquemment prise pour un cancer que la manifestation tertiaire du sein, qu'elle soit due à la syphilis acquise, à la syphilis conceptionnelle, ou à l'hérédo-syphilis. Mais, ici, comme au testicule, on

peut suivre par l'œil et par le toucher l'évolution, la marche ascendante ou décroissante de l'affection ; ces lésions sont toujours accessibles, perceptibles, visibles, et faciles à surveiller. Il n'en est point ainsi quand il s'agit d'ovarite spécifique, et c'est pourquoi on la conteste ou on la nie formellement. Et pourtant, l'authenticité d'une syphilis tertiaire des ovaires paraît nettement établie par un certain nombre de preuves anatomopathologiques et thérapeutiques.

Pourra-t-on invoquer la blennorrhagie ou la puerpéralité, si souvent incriminées, ou même une infection pyogène quelconque, en présence de l'ovarite du nouveau-né, mort de syphilis héréditaire ? Si les associations microbiennes sont possibles, là comme ailleurs, il n'en est pas moins vrai que l'hérédosyphilis reste le facteur essentiel, l'agent causal important. Chez ces mêmes enfants hérédos spécifiques, ne constatons-nous pas parfois, quand ils survivent à leur infection, des troubles dystrophiques relevant indéniablement de la syphilis, et parmi lesquels peuvent se rencontrer — exceptionnellement, c'est vrai — au cours de leur développement, l'arrêt d'évolution parahérédospécifique ou l'agénésie des deux ovaires ? En pratique, la syphilis est, avec la tuberculose, l'affection dont l'action dystrophifiante s'exerce sur le plus grand nombre de sujets.

D'autre part, un certain nombre d'examen anatomiques, encore incomplets et restreints, tendent à démontrer la nature syphilitique tertiaire de certaines lésions ovariennes, et en particulier de l'ovarite scléro-kystique.

De semblables assertions s'appuient sur l'important témoignage thérapeutique : *naturam morborum curationes ostendunt*. Il est difficile, en effet, de renoncer à voir un lien de causalité entre l'administration du mercure et la cessation des symptômes : hémorragie utérine, tumeur ovarienne, douleur, etc. Et nous pouvons conclure de la même façon que Fournier à propos de la syphilis gastrique : « Au nom du bon sens, comment récuser la qualité spécifique à des états morbides influencés de la sorte, c'est-à-dire modifiés et guéris si merveilleusement par le traitement spécifique ? »

Il faut joindre à ces preuves celle, très importante, apportée tout récemment par la bactériologie : nous voulons parler de la découverte du *treponema pallidum* dans les follicules de Graff par MM. Levaditi et Sauvage. Cette constatation est des plus intéressantes, puisqu'elle a permis de démontrer la localisation possible du spirochète dans l'ovaire maternel. C'est une raison de plus, et non des moindres, à invoquer en faveur de l'ovarite syphilitique.

Mais aussi bien, les observations cliniques, les constatations anatomiques, les résultats thérapeutiques sont là, dans leur éloquente simplicité, qui ne peuvent être contestés, sans mauvaise foi, et que nous avons hâte d'étudier attentivement.

HISTORIQUE ET EXPOSÉ CRITIQUE DES FAITS.

La localisation tardive de la syphilis sur les ovaires avait déjà été indiquée par quelques auteurs, à une épo-

que où les laparotomies n'étaient pas encore en honneur.

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, Astruc, en 1755, décrit, non sans une certaine complaisance, les tumeurs gommeuses des ovaires. Mais la symptomatologie qu'il leur assigne ne diffère en rien de celle des ovarites banales, et il semble bien qu'il ait confondu avec ces dernières les lésions qu'il qualifie de syphilitiques.

En 1833, M^{me} Boivin et Dugès recommandent dans le traitement de l'oophorite chronique les onctions de pom-mades mercurielles ou iodurées et l'ingestion de mercure doux. « Cette thérapeutique était employée empiriquement et en dehors de toute notion étiologique » ; elle paraît néanmoins avoir donné de bons résultats, puisqu'elle était suivie par tous les médecins du temps.

Dans une observation qui date de la même époque, Duparcque nous raconte qu'il diagnostiqua, par le palper abdominal, un cas de syphilis des ovaires et qu'il tira grand succès de l'emploi d'un traitement à la fois mercuriel et antiphlogistique.

En 1856, Lécorché publie, dans les comptes rendus de la Société de Biologie, un document anatomique intitulé : Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de syphilis conceptionnelle. Les ovaires ont subi une transformation fibreuse, avec dépôts calcaires et kyste inflammatoire. Si l'on peut douter de la nature syphilitique de la cachexie à laquelle la malade a succombé, au moins l'existence de l'infection syphilitique est indéniable.

Richet (*Traité d'anatomie chirurgicale*), passant en

revue les tumeurs syphilitiques, déclare qu'il a « également recueilli quelques observations pour l'ovaire », mais il ne juge pas utile de nous les communiquer.

Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis*, publie une planche de Richet concernant un ovaire volumineux occupé par une masse molle et jaunâtre, qui serait une gomme syphilitique. Les renseignements cliniques font totalement défaut.

Lancereaux, lui-même, rapporte trois exemples : Dans une observation lue à la Société anatomique le 19 juin 1858, il s'agit d'une fillette de 12 ans (service de Blanche aux Enfants-Malades), dont les deux ovaires présentaient des tumeurs gommeuses, ainsi qu'une autre gomme située dans le tissu cellulaire du cuir chevelu.

Une deuxième observation concerne une femme de 33 ans, morte d'accidents syphilitiques, dont l'un des ovaires, plus volumineux, était le siège d'une induration blanche disposée par plaques ; il était manifestement lésé dans la plus grande étendue et adhérait à la trompe ainsi qu'aux parties voisines. Le col de l'utérus était infléchi sur la partie antérieure du corps. Il y avait du pus dans le cul-de-sac péritonéal et les reins, et les uretères étaient baignés par la suppuration. Ce dernier symptôme, il faut l'avouer, n'est guère en faveur d'une syphilis ovarienne.

La troisième observation de Lancereaux est empruntée à Laugier, et a trait à une femme de 43 ans, chez laquelle il existait, en même temps que des douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un œuf situées à la région des ovaires et allongées suivant

la direction du ligament large. L'iodure de potassium administré dans l'hypothèse de syphilis ovarienne amena la régression rapide de ces tumeurs. Après vingt jours de traitement, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, avait diminué ou disparu.

Enfin, cet auteur prétend avoir constaté chez d'anciennes syphilitiques de la dégénérescence des ovaires. Malgré l'insuffisance des documents qu'il nous transmet, Lancereaux n'a pas craint de consacrer tout un chapitre à la syphilis des ovaires, en avouant toutefois qu'il s'inspirait, pour admettre l'existence de semblables lésions, de considérations théoriques sur l'analogie fonctionnelle et pathologique qui existe entre la glande génitale mâle et la glande génitale femelle.

Mais malgré les efforts des auteurs précédents pour donner à la syphilis ovarienne une place dans le cadre nosologique des affections des organes génitaux internes de la femme, la plupart des cliniciens demeuraient sceptiques à cet endroit, et Mauriac lui-même, qui ne niait pas la réalité de cette localisation de la spécificité, refusait cependant d'admettre le tableau symptomatique indiqué par Lancereaux : « A propos des symptômes, disait Mauriac, on parle de douleur obtuse dans la région des ovaires, d'anaphrodisie, de stérilité, mais on ne parle d'aucun fait concluant. »

Dans la suite, la pratique journalière de la laparotomie, en facilitant le contrôle intra-abdominal, jointe aux progrès de la bactériologie et de l'anatomie pathologique, n'a abouti tout d'abord qu'à fixer plus nettement les connaissances cliniques et étiologiques de la patho-

logie des organes génito-internes de la femme, mais n'a pas fait faire un grand pas à la syphilis ovarienne. « Des milliers de laparotomies, dit Pichevin, ont été faites par de très nombreux chirurgiens qui connaissent bien les lésions syphilitiques du testicule et dont l'attention a toujours été tenue en éveil par la possibilité de rencontrer des lésions similaires de l'ovaire. Depuis trente ans, Dieu sait avec quelle frénésie les organes génitaux internes de la femme ont été fouillés. La laparotomie a été pratiquée si souvent que, bien des fois, l'opérateur a eu pour patientes des femmes arrivées à la période secondaire et à la période tertiaire de la vérole. Des autopsies en nombre considérable ont été faites depuis plus d'un quart de siècle ! Qui donc a décrit la syphilis des ovaires ? Qui a reconnu, aux signes indiqués par Lancereaux, la vérole des testicules de la femme ? » Nous répondrons à ce réquisitoire contre la syphilis ovarienne : Si la syphilis des ovaires n'a pas été diagnostiquée plus souvent jusqu'ici, c'est parce qu'on persiste, et M. Pichevin tout le premier, à exiger d'elle une symptomatologie propre, un tableau clinique personnel, des lésions anatomiques absolument spéciales. Certes, il serait à désirer qu'il en fût ainsi. Mais, ne sommes-nous pas habitués à voir la syphilis viscérale simuler une foule d'autres affections plus communes et mieux connues ? Et c'est pourquoi on est bien près de soutenir qu'elle n'existe pas.

Ce n'est pas cependant l'avis de Klebs qui prétend, dans son *Traité de pathologie* qu'elle aboutit « de très bonne heure à la sclérose et à la stérilité, ainsi qu'à la formation d'adhérences serrées. »

On trouve dans Morrow (1) : « Les ovaires sont rarement le siège de lésions syphilitiques tardives de nature gommeuse. On s'est demandé si quelques-unes de ses modifications scléro-kystiques ne peuvent pas être dues quelquefois à la syphilis. Cette question n'a pas encore été tranchée, bien qu'il soit probable que quelques-unes de ces transformations soient d'origine syphilitique. »

Barthélémy pense aussi que la sclérose est l'aboutissant de la syphilis de l'ovaire et qu'elle conduit plutôt au syphilome qu'à la gomme. La forme la plus fréquente de la syphilis ovarienne tertiaire lui paraît réalisée par le processus scléreux combiné pouvant aboutir, dans un certain nombre de cas, à l'atrophie ovarienne. Enfin, la gomme n'est pas nécessairement symétrique. Ici, c'est l'infiltration qui domine habituellement.

Martin, Lecourtois, Lawson-Tait, n'ont fait que signaler l'affection, sans rien de spécial. Cependant Lecourtois a relaté une observation dont l'authenticité a été mise en doute par Labadie-Lagrave et Legueu (*Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris 1904, p. 653).

Wirchow admet l'ovarite syphilitique (*Die Krankheiten Gesch.* II, p. 435).

Ozenne, publie, dans la *Semaine gynécologique* (juin 1898) deux observations détaillées et importantes :

Dans la première il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant présenté des phénomènes d'hématocèle péri-utérine, et chez laquelle tous les traitements médicaux mis

1. *A System of Genito-Urinary Diseases, Syphilology and Dermatology*, 1893, vol. II. *Syphilology*, p. 463.

en usage ne parvinrent pas à arrêter les métrorragies. Le toucher vaginal permit de sentir les deux ovaires sensibles, du volume d'une petite mandarine. On diagnostiqua de gros ovaires scléro-kystiques. On ne put pas établir l'existence formelle d'une spécificité ancienne. La malade fut laparotomisée, et l'on trouva des ovaires durs, scléreux sans foyers kystiques ; à la coupe le tissu avait l'aspect fibroïde. Les hémorragies utérines disparurent.

Mais l'année suivante la malade présenta des symptômes de neurasthénie, entre autres une céphalée violente et tenace, qui ne céda qu'au traitement mercuriel. M. Ozenne se croit en droit d'en déduire que cette femme était une syphilitique méconnue et que sa céphalée relevait de cette cause, ainsi que ses hémorragies utérines.

M. Pichevin ne pense pas de même, et il fait remarquer que ce n'est pas une raison pour admettre les relations de cause à effet entre l'ingestion du mercure et la cessation des accidents : il faut craindre de prendre pour les effets du traitement mercuriel et ioduré ce qui n'est que le fait de l'évolution naturelle des lésions en cause.

Mais on risquerait bien, nous semble-t-il, si l'on voulait l'écouter, de méconnaître la vraie nature de bien des faits pathologiques, sous prétexte que le lien qui les relie à l'affection causale n'est pas suffisamment évident !

La deuxième observation concerne une femme de 35 ans, qui perdit un enfant en bas âge, et eût un accou-

chement prématuré, et chez laquelle apparurent, trois mois après, des hémorragies utérines persistantes, coexistant avec une augmentation de volume des ovaires. Ces deux symptômes ne cédèrent que sous l'influence du traitement mercuriel.

Dans une observation ultérieure publiée dans la *Semaine Gynécologique*, (p. 837, 1903), le même auteur rapporte l'histoire d'une femme de 29 ans, atteinte de métrorrhagies considérables survenant deux fois par mois, depuis un an. L'examen de l'appareil génital montre un utérus un peu volumineux et en rétroversion et une augmentation de volume des ovaires. Curettage utérin : les métrorrhagies cessent pendant trois mois, puis reparaissent. En raison d'accidents antérieurs mal définis chez le mari, on prescrit le traitement mercuriel. Les métrorrhagies disparaissent, l'état général se relève. Les ovaires ont diminué de volume, tout en restant néanmoins facilement perceptibles à la palpation.

« Ne s'agit-il pas, pense M. Pichevin, de phénomènes infectieux consécutifs à la fausse couche antérieure ? »
— Mais dans ce cas, pouvons-nous objecter, il y a des douleurs plus ou moins violentes, et l'utérus et les trompes ne conservent pas leur intégrité.

De ces deux dernières observations, il persiste les faits suivants :

1° Constatation d'une tumeur scléreuse des ovaires, en coexistence avec des métrorrhagies rebelles, chez des femmes indemnes de toute affection génitale antérieure, et sans antécédents infectieux ;

2° Emploi d'un traitement mercuriel d'épreuve, à l'ap-

plication duquel succèdent et la cessation des hémorragies et la diminution très notable du volume des ovaires.

Si ce ne sont pas là des arguments indiscutables, ne sont-ils pas cependant suffisants pour nous faire admettre l'origine syphilitique très probable des deux cas d'ovarite publiés par Ozenne? Le même auteur insiste : « Il n'est guère admissible que sur les 350 malades atteintes d'ovaires scléro-kystiques, qu'ils ont vues et opérées, il ne s'en soit pas trouvé un certain nombre de syphilitiques. La syphilis est, de nos jours, trop répandue dans toutes les couches sociales, pour qu'une pareille série de malades en soit restée indemne. Il est donc rationnel de penser que les renseignements consignés dans les observations sont à ce point de vue incomplets. La preuve en est fournie par l'observation que Bouilly a rattachée dans un mémoire au groupe des ovarites scléro-kystiques. C'est un cas de sclérose atrophique des ovaires avec métrorrhagies et avec douleurs nocturnes chez une syphilitique reconnue telle après l'opération par suite de l'apparition d'une ulcération cutanée spécifique. Ozenne remarque avec raison que sur les 350 malades en question, 80 ont fait plusieurs fausses couches, quelques-unes 4 et 5, et l'une d'elles 9 (Lawson-Lait). Il se demande si la syphilis n'a pas été fréquemment

1. BOUILLY. Des métrorrhagies d'origine ovarienne (*La Gynécologie*, avril 1899).

2. OZENNE. De la dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique (*Congrès périod. de gyn.*, Rouen, 1904).

3. RICHELOT. V. chirurgie de l'utérus, vagin et vulve. Doin, Paris, 1902.

méconnue comme cause première des accidents ayant nécessité l'intervention chirurgicale.

« Rien jusqu'à présent, dit Bouilly, ne me paraît suffisamment démonstratif pour faire accepter la classe des ovarites de cause générale. Il me paraît nécessaire, d'admettre : 1° que l'ovarite scléro-kystique est d'origine infectieuse ; 2° que l'infection vient de l'utérus ; 3° qu'il s'agit d'une infection lente, chronique, de virulence atténuée. » (Bouilly, Note sur l'ovarite scléro-kystique, *La Gynécologie*, juin 1900.)

« S'il en est ainsi dans un certain nombre, peut-être dans la majorité des cas, je ne vois pas, conclut Ozenne, de raisons sérieuses, qui autorisent à révoquer l'action des causes générales, et, en particulier, de la syphilis, dont la puissance sclérosante est depuis longtemps connue. »

Bouilly avait en effet négligé les lésions ovariennes congénitales chez les hérédosyphilitiques. Ozenne ajoute : « La dégénérescence kystique n'est que secondaire à la sclérose. C'est la sclérose qui est la lésion principale, probablement par altération primitive des vaisseaux, mais l'évolution morbide kystique n'a rien d'incompatible avec la syphilis comme cause première. » Ne peut-elle pas, en effet, créer dans la syphilis congénitale, les reins polykystiques (Bar a relaté successivement les observations de trois frères syphilitiques porteurs de reins polykystiques), comme dans la syphilis acquise elle crée les sarcocèles, certaines lésions kystiques du sein, etc. ?

C'est pourquoi Ozenne pense que, « pour l'ovaire,

en particulier, de nouvelles études seraient d'autant plus intéressantes qu'elles auraient peut-être pour résultat de modifier la conduite thérapeutique actuelle en présence de tumeur scléreuse manifeste et de nous donner la clef de certaines ménorrhagies ou métrorrhagies rebelles qu'on observe chez quelques jeunes filles, hérédosyphilitiques si souvent méconnues. » (Obs. de Dysménorrhée hérédosyphilitique. *Journal de méd. de Paris*, 8 janv. 1905).

On peut, en résumé, classer les observations de syphilis ovarienne de la façon suivante :

1° *Cas cliniques avec constatations anatomiques au cours d'autopsie ou d'intervention chirurgicale.*

Cas d'Ozenne : femme de 32 ans, sans antécédents syphilitiques avérés, mais présentant des hémorragies tenaces et répétées, sans cause locale ni générale appréciable. Ovariectomie double. A l'examen, gros ovaires scléreux, avec plaques blanchâtres sans foyers kystiques. Dans la suite, céphalalgie violente, guérie par le seul traitement mercuriel.

Cas de Bouilly : Femme de 23 ans ; hémorragies utérines abondantes, aggravées par deux curettages. Hystérectomie. Guérison des hémorragies. Apparition ultérieure d'une ulcération syphilitique de la fesse, guérie par l'iodure de potassium. Examen des pièces : ovaires petits, atrophiés, scléro-kystiques. Utérus volumineux, présentant des lésions d'endopériphlébite.

Cas de Klebs : Femme nettement syphilitique. Sclé-

rose ovarienne avec production d'adhérences aux parties voisines.

2° *Constatactions anatomiques, non accompagnées de description clinique.*

Cas de Blache : Gomme des ovaires.

Cas de Richet : Gomme des ovaires.

Cas de Lécorché : Gros ovaires scléreux, chez une femme atteinte de syphilis conceptionnelle. Coexistence de lésions du foie, des reins et du rectum.

3° *Cas purement cliniques, sans aucune vérification anatomique, mais dans lesquels s'est montré l'effet curateur du traitement spécial.*

Cas de Laugier : diminution d'une tumeur ovarienne et disparition rapide d'une tumeur de l'ovaire de l'autre côté après administration de l'iodure de potassium.

Cas d'Ozenne : Hémorragies utérines, sans antécédents infectieux locaux ou généraux. Traitement spécifique. Conséquence : diminution du volume des ovaires, arrêt des hémorragies.

Cas d'Ozenne : Syphilis conceptionnelle. Gros utérus. Ovaires augmentés de volume dans les fosses iliaques. Métrorrhagies persistantes. Traitement mercuriel, entrepris après l'épuisement des moyens gynécologiques habituels. A la suite, cessation des hémorragies et diminution de volume des ovaires.

A cette liste de cas cliniques, il faudrait ajouter un

certain nombre d'observations d'auteurs étrangers, dans lesquelles le symptôme hémorragie est prédominant, et semble avoir pour cause la syphilis annexielle. Ce sont les cas suivants :

Cas de Franceschini : Femme de 26 ans, syphilitisée *a marito*. Avortements répétés. Examen clinique négatif en ce qui concerne les organes utéro-ovariens. Douleur légère dans la région ovarienne droite. Les hémorragies utérines, qui avaient résisté à de multiples traitements, cédèrent définitivement au traitement mercuriel.

Cas de Betti : Malade de 40 ans, syphilitique ancienne, chez laquelle survinrent des pertes abondantes, d'abord ménorrhagiques, puis métrorrhagiques. Résultat négatif de l'examen local. Le traitement mercuriel rend aux pertes le caractère de menstruations normales.

Cas de Garofalo : Chez une femme de 19 ans, syphilitique avérée, apparaissent des pertes rouges, prenant d'abord un caractère ménorrhagique pour devenir ensuite métrorrhagiques. L'examen des organes génitaux internes est négatif. Cependant légère douleur dans les annexes à droite. Traitement mercuriel : guérison des métrorrhagies.

Cas de Nicola de Pace : Malade de 42 ans, syphilitique. Ménorrhagies, puis métrorrhagies. A l'examen, deux grosses tumeurs, la plus grosse à droite, dans les régions salpingo-ovariennes. Le traitement mercuriel fait tout rentrer dans l'ordre. — Ce cas paraît se rapporter plutôt à une salpingo-ovarite, comme le cas de Polaillon et celui de Jeanne.

Enfin, il est une série de faits qu'il ne faut pas négliger et qu'il convient même de bien mettre en lumière. Ce sont ceux qui ont trait à des cas de *dysménorrhée* ou d'*aménorrhée*, constatés chez des hérédos-syphilitiques ou des syphilitiques acquises, au moment de leur puberté. C'est, par exemple, l'observation rapportée par Dalché : une jeune fille de 17 ans a contracté la syphilis il y a un an ; elle n'était pas encore réglée : les règles sont apparues il y a six mois ; elles furent l'occasion d'une véritable hémorrhagie, s'accompagnèrent de douleurs atroces ; l'examen local montra qu'il existait une ovarite. De quelle infection, sinon de la syphilis récente, pourrait dépendre cette dysménorrhée chez une jeune fille indemne de toute affection génitale antérieure ? Pourquoi ne pas vouloir concéder définitivement l'influence dystrophiante de la vérole sur des ovaires en voie d'évolution, non encore arrivés à leur période d'activité fonctionnelle, alors qu'on est convenu d'admettre cette même action dystrophique quand elle s'exerce sur d'autres organes plus accessibles à l'examen direct ? — Ce n'est d'ailleurs pas là un fait isolé : Barthélemy nous rapporte un cas de dysménorrhée qu'il a eu l'occasion d'observer chez une jeune fille de 20 ans, hérédos-spécifique, présentant une gomme de la jambe, et chez laquelle les accidents dysménorrhéiques disparurent, en même temps que régressait la lésion cutanée, sous l'influence d'injections intramusculaires d'huile grise, alors que les autres traitements médicaux avaient échoué. A son tour, Ozenne, tout récemment, en présence d'un cas d'aménorrhée chez

une jeune fille, très probablement hérédosyphilitique, a pu constater les heureux effets du traitement mercuriel. — M. Ozenne reconnaît la prédominance des troubles aménorrhéiques dans la période secondaire. Et il ajoute : « En est-il de même dans les périodes secondotertiaires et tertiaires, alors que l'ovaire est le siège d'une altération manifeste, gommeuse ou scléreuse ? » Il est logique de supposer qu'il doit en être fréquemment ainsi.

En définition, il nous semble que le faisceau de constatations cliniques et anatomiques apporté par les différents auteurs est déjà suffisant pour établir l'existence de la syphilis ovarienne. Sans doute l'histoire de cette affection est loin d'être complète ; mais, pour la continuer, il est nécessaire d'abord d'y attacher foi.

La pénurie des documents est-elle bien d'ailleurs la preuve formelle de la rareté des lésions syphilitiques des ovaires, ainsi que se le demande Barthélemy ? Les lésions sont silencieuses et les organes difficiles à explorer, en dehors des autopsies et des interventions chirurgicales. Il serait à désirer que fussent systématiques et la recherche de la syphilis parfois si difficile à dépister et l'examen des ovaires chez les syphilitiques, et cela de la part des médecins, des chirurgiens, des médecins d'adultes et d'enfants, des accoucheurs, pour qui l'étude des mort-nés hérédosyphilitiques peut être presque journalière, des anatomo-pathologistes comme des histologistes ; car il faut tout cela pour pouvoir bien juger la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'action de la syphilis sur les ovaires paraît déterminer tout d'abord un processus irritatif qui se traduit par une poussée congestive ; puis, survient la prolifération de petites cellules rondes ou fusiformes, néoformées, riches en noyaux, ce qui entraîne rapidement l'hypertrophie du tissu conjonctif. Les troubles vasculaires ne font pas défaut : il y a dilatation des veinules et des artérioles, dont la lumière est gorgée de globules rouges ; le long des artérioles, en dehors des parois, se voient des amas de petites cellules rondes embryonnaires ; ainsi se trouvent formées les gommes^{miliaires} (Hutinel). On retrouve donc là le syphilome nodulaire primitif pur, que, par analogie avec ce qui se voit dans la tuberculose, Brissaud a dénommé follicule syphilitique, siégeant dans le tissu conjonctif périvasculaire. Ce tissu conjonctif est épaissi par un très grand nombre d'éléments jeunes, arrondis et enchâssés dans les fibrilles entrecroisées du tissu interstitiel.

A la période inflammatoire de l'ovarite spécifique, le tissu interstitiel acquiert par place une épaisseur 5 ou 6 fois plus grande qu'à l'état normal, ce qui donne, en pareil cas, à la glande génitale de la femme, un aspect rouge et charnu. C'est alors que débute l'hypertrophie ovarienne. L'évolution de ce processus anatomique est soumise à un certain nombre de facteurs importants, parmi lesquels il faut tenir compte du degré d'intensité, de rapidité, et de virulence des lésions, et de la précocité.

cité plus ou moins grande de l'emploi du traitement mercuriel.

A leur tour, les éléments nobles sont envahis par l'irritation spécifique et passent successivement par les phases d'inflammation, puis d'atrophie. Cette atrophie, d'abord partielle, insulaire, s'étend, envahit l'organe sur de nombreux points, mais devient bien rarement globale. Elle est l'aboutissant habituel du processus syphilitique sur l'ovaire, sans que l'on puisse dire pourquoi l'évolution vers la gomme est plus rarement constatée que l'évolution vers la sclérose.

Quand ce processus doit évoluer dans le sens de la gomme, celle-ci est d'abord miliaire (syphilome nodulaire); puis, par suite de la multiplication de ces néoformations, qui finissent par entrer en coalescence, il y a production considérable de masses fusionnées (amas gommeux); plus fréquemment, il y a simple semis irrégulier pouvant affecter en certains points la forme d'infiltration des tissus. Cette néoplasie peut aboutir au ramollissement, à la suppuration; si les cellules sont relativement peu serrées, elles subissent la transformation grasseuse. D'autres fois, il y a combinaison du processus gommeux et du processus scléreux, ce dernier dominant toutefois, pour aboutir à la forme sclérogommeuse. Nous avons déjà vu dans le résumé des faits concernant cette intéressante question, que la plupart des observations de syphilis ovarienne, et il en est ainsi, somme toute, pour les autres localisations viscérales de la syphilis, accompagnées de constatations autopsiques ou opératoires, se résument en ces deux

lésions anatomo-pathologiques : la sclérose et la gomme.

Il semble, du reste, ressortir des observations auxquelles nous faisons allusion, que les lésions de la syphilis ovarienne ont une marche lente, insidieuse, irrégulière, par poussées, et susceptibles de régression, si les premières poussées (survenant habituellement de 4 à 6 ans après le chancre) sont énergiquement combattues par la thérapeutique mercurielle. Mais, faute de ce traitement, les lésions syphilitiques subissent leur évolution naturelle, qui aboutit ordinairement à la sclérose, et à ce moment-là (8 à 12 ans après le chancre), le traitement est devenu inutile et impuissant (Ozenne).

C'est dans la couche corticale ou parenchymateuse que se forme ou se développe de préférence le néoplasme gommeux et scléro-gommeux. C'est aux dépens de la couche médullaire ou bulbeuse que se produit la dégénérescence scléro-kystique, les épaissements fibreux, les cloisonnements, les hémorragies enkystées et les suppurations, qui, ensuite, envahissent les autres régions de l'ovaire et les parties avoisinantes. Enfin, quand ce sont les vaisseaux qui sont plus spécialement touchés, la conséquence en est l'angio-sclérose.

Il ne faudrait pas cependant prendre au pied de la lettre cette schématisation des lésions, qui, nous nous hâtons de l'ajouter, est plutôt théorique que pratique, et que l'on ne peut déduire que des examens faits sur un certain nombre d'hérédosyphilitiques et non sur des lésions dont on a pu suivre pas à pas l'évolution.

Les formes hémorragiques (hématocèles, kystes-hématiques, etc...) témoignent de la fréquence et de l'import-

tance des lésions vasculaires, qui ne diffèrent guère de celles constatées au cours de toutes les syphilis viscérales à endopériartérite et endopériphlébite développées dans les plus petits vaisseaux.

On a constaté peu de thromboses oblitérantes. On connaît cette tendance spéciale de la syphilis à s'attaquer au système vasculaire. D'autre part, on sait combien l'ovaire abonde en vaisseaux : les anastomoses artérielles, les plexus veineux qui courent à sa surface sembleraient prédisposer particulièrement cet organe à l'infection spécifique.

A l'époque de la ménopause, les vésicules de Graaf ont tendance à subir la dégénérescence kystique ; il est possible que le virus syphilitique accélère et rende plus précoce cette tendance naturelle régressive. C'est ce qui expliquerait certains cas d'aménorrhée ou de stérilité chez des femmes syphilitiques qui n'ont pas encore atteint l'âge de la ménopause.

Les poussées congestives du début semblent avoir lieu de préférence dans l'épithélium à cellules cylindro-cubiques de la couche externe.

Quand est réalisé le stade scléreux, le trouble de nutrition atrophique a fait disparaître la couche corticale qui n'est plus représentée que par une trame fibreuse, plus ou moins épaisse selon les cas. Dans la région bulbeuse, on a noté parfois des exsudats aboutissant à un lacis de tractus fibrineux et de cellules lymphatiques. C'est là que les vaisseaux de nouvelle formation donnent le plus facilement lieu aux épanchements sanguins,

sortes de petites hématoécèles partielles dont on perçoit parfois les traces.

Comme la tuberculose, la syphilis peut, dans les régions, produire des cloisonnements fibreux, des brides et des adhérences. Les cloisonnements et les adhérences sont la conséquence de l'inflammation spécifique des tissus fibreux, comme sont aussi les synovites spécifiques, par exemple. Selon l'expression classique, « ce sont des productions fibro-plastiques qui se condensent en tissu fibreux (Bohmer). » De lâche qu'il était, le tissu conjonctif est devenu fibreux (Malassez). S'il y a des cicatrices, et le cas est assez fréquent, elles sont fibreuses. On constate des inégalités, des bosselures, sur la surface de l'ovaire. Parfois l'épaississement est considérable, presque cartilagineux ; parfois, enfin, l'ovaire a paru comme infiltré de sels calcaires ; très dur, très résistant et très diminué de volume.

Il est certain que plusieurs autres causes peuvent s'ajouter à la syphilis pour produire de semblables lésions des ovaires ; mais il n'en est pas moins vrai que la syphilis agit pour sa part dans la production de ces altérations morbides, tout comme elle le fait, par exemple, quand elle localise sa virulence sur le foie. On a pu constater, dans le foie d'hérédosyphilitiques mort-nés, des streptocoques associés en grande quantité aux spirochètes. Songe-t-on cependant à nier l'action de la syphilis héréditaire dans des cas semblables ? Non. Alors, pourquoi, en bonne logique, ne pourrait-il pas en être de même pour les ovaires ? L'addition de plusieurs causes pathogènes n'exclut pas l'action person-

nelle de la syphilis s'exerçant sur les mêmes organes.

Enfin, suivant la remarque de Barthélémy, nombreux sont les cas douteux, indécis, mal définis, là comme à la peau, là comme partout ailleurs, plus encore qu'ailleurs. Il n'y a pas que dans l'ovaire que le microscope se montre impuissant à déterminer si telle lésion ou tel cas relève ou non de la syphilis.

La localisation de la syphilis sur les ovaires ne semble pas, à son début, avoir de prédilection marquée pour telle ou telle des parties constituantes de cet organe ; elle les envahit plutôt toutes à la fois, augmentant la richesse des cellules épithéliales en noyaux, épaississant le tissu conjonctif, dilatant les vaisseaux dont le nombre s'accroît. Au début, théoriquement au moins, les ovaires sont hypertrophiés, lisses, non bosselés, non friables ; plus tard, ils s'atrophient, deviennent durs, et cette atrophie indique la régression terminale. Mais, si c'est là la règle, il n'est pas forcé qu'il en soit ainsi ; il y a, dans la syphilis des autres organes, des formes scléreuses qui le sont depuis le début de leur évolution jusqu'à la fin du processus. Pourquoi ne pourrait-il pas en être ainsi pour l'ovaire ? Ces formes peuvent être, ici comme ailleurs, commandées par des causes variables, telles que par exemple l'envahissement primitif et exclusif du système vasculaire par le virus spécifique.

Toutes les notions anatomo-pathologiques concernant la syphilis ovarienne sont d'autant plus difficiles à préciser que la structure normale de l'ovaire est encore bien loin d'être absolument connue, et que la texture

intime de cet organe subit de profondes modifications suivant les différents âges de l'évolution individuelle.

L'affection syphilitique des ovaires peut être partielle ou totale, unilatérale ou bilatérale, symétrique ou non. Elle peut être isolée ou associée à d'autres processus morbides évoluant sur eux-mêmes ou sur les organes voisins et connexes, sur l'utérus en particulier.

La dégénérescence scléro-kystique des ovaires peut s'accompagner de sclérose d'organes éloignés et tout à fait indépendants de la zone génitale, mais qui pourtant ont succombé à la même cause morbide, par exemple les reins (néphrite interstitielle), le cœur (myocardite scléreuse), l'aorte (athérome spécial et précoce, etc.), les articulations (ankylose), les os, la moelle ou le cerveau. Ces différentes localisations du processus spécifique peuvent entraîner la cachexie.

Les ovaires syphilitiques sont habituellement irréguliers, bosselés, tourmentés ; selon que le travail de prolifération aura été intense et prolongé, la résolution n'aura pu être complète et des nodules fibreux persisteront. L'atrophie peut être totale, réduisant la glande génitale femelle aux dimensions d'un noyau de cerise perdu dans les tractus fibreux entrecroisés, comme on a pu le voir sur de vieilles femmes cachectisées par la syphilis abandonnée très longtemps à elle-même.

Entin, il est possible, sans que nous osions l'affirmer, qu'il faille faire rentrer au nombre des méfaits de la syphilis tertiaire localisée aux ovaires certaines manifestations suppurées faussement classées dans le cadre de la tuberculose ou du cancer. De ceci nous ne

pouvons être certain ; ce sera à voir de plus près pour l'avenir.

Il conviendrait, de rechercher plus attentivement dans l'ovaire l'analogue des lésions que le professeur Hutinel a décrites dans le testicule, pour pouvoir appuyer sur des faits anatomiques précis l'hypothèse scléro-syphilitique probable de l'ovaire scléro-kystique.

Dans ce but, il faudrait évidemment examiner à fond les antécédents des femmes auxquelles on aurait enlevé des ovaires scléro-kystiques, chercher des traces de lésions tertiaires dans ces derniers, mais surtout, surtout, examiner des ovaires de nouveau-nés ou d'avortons de parents syphilitiques. Nous avons nous-même tenté un certain nombre de recherches, malheureusement trop hâtives.

1°. — Nous avons examiné quelques ovaires de vieilles prostituées, syphilitiques anciennes insuffisamment traitées, mortes à Saint-Lazare. Dans trois cas, nous avons trouvé des ovaires petits, durs, scléreux, atrophiés, réduits aux dimensions d'un noyau de cerise ou guère davantage. A la coupe, nous avons trouvé dans ces trois cas un organe fibrosé en totalité, beaucoup plus résistant au couteau que normalement. Il n'y avait pas de kystes. Notre examen s'est malheureusement borné aux constatations macroscopiques. Les résultats précédents, quoique incomplets, nous ont paru néanmoins avoir quelque intérêt, parce qu'ils semblent être l'aboutissant d'un processus syphilitique ancien.

2° Nous avons essayé de retrouver dans des ovaires

de mort-nés ou de fœtus hérédosyphilitiques la présence du spirochète, suivant la méthode préconisée par Levaditi et Sauvage. Nous ne pouvons malheureusement enregistrer aucun résultat positif, dans les quatre cas sur lesquels nos recherches ont porté. La découverte des spirochètes, rendue désormais plus facile par le perfectionnement de la technique bactériologique et aussi par l'emploi de l'ultra-microscope, serait un facteur de grande valeur pour le diagnostic anatomique de l'hérédosyphilis ovarienne.

Marche et évolution des lésions. — Les différents examens, dont nous venons de relater les résultats, nous ont été inspirés par les travaux cliniques d'Ozenne, de Barthélemy, de P. Petit et de Franceschini, pour ne citer que ceux qui se sont le plus intéressés à cette importante question de la syphilis ovarienne.

Cette localisation de l'infection spirochétienne débute par la forme congestive, puis l'inflammation spécifique peut envahir le tissu interstitiel, et donner naissance à l'ovarite syphilitique aiguë. A ce stade peut faire suite la forme gommeuse, qui annonce une phase plus avancée dans l'évolution du processus de réaction inflammatoire spécifique. Cette dernière forme varie elle-même, suivant que les nodules syphilitiques sont isolés, disséminés, conglomérés, infiltrés ou confluents ; tantôt, en effet, on se trouve en présence de gommes miliaires, dispersées en grand nombre ; tantôt, il s'agit de gommes, proprement dites, volumineuses et rares. Plusieurs modes de terminaison deviennent possibles, soit qu'il y ait combinaison de la gomme et de la sclérose,

pour produire la forme scléro-gommeuse, soit qu'il y ait apparition d'une forme scléro-kystique, ou enfin atrophie scléreuse, pure, d'abord par placards, insulaire, puis globale. L'ovarite spécifique interstitielle ou chronique, qui est à la fin de l'évolution morbide, est celle que l'on a le plus facilement l'occasion de voir, dans les examens d'ovaires spécifiques, peut-être parce qu'on étudie ces lésions à une époque trop avancée de leur évolution. C'est pourquoi cette forme ultime est considérée comme relativement beaucoup moins rare que l'ovarite syphilitique aiguë et que l'ovarite gommeuse.

PATHOGÉNIE

Le rôle de l'ovaire est plus important que celui de l'utérus dans les fonctions de reproduction. Aussi, ce sont ces dernières qui sont frappées d'ordinaire par le virus syphilitique, suivant des modalités qui varient avec la période évolutive de la glande, et le degré de virulence du spirochète. En d'autres termes, quand l'ovarite spécifique se déclare au moment de la puberté, soit chez une hérédospécifique, soit chez une syphilitique acquise, récemment contaminée, elle se traduit plus volontiers par de la stérilité et de l'aménorrhée. Les cas d'aménorrhée des syphilitiques peuvent, très schématiquement, être dus :

1° A une hérédosyphilis latente, ne se manifestant que par des stigmates dystrophiques, et ayant donné lieu à une malformation ovarienne (agénésie ou arrêt

de développement) ou utéro-ovarienne. Ces cas rentrent donc dans le cadre de la parahérédo-syphilis.

2° A une syphilis acquise, en période secondaire, dont le virus porte son action infectieuse sur l'ovaire encore en voie de développement, chez une jeune fille non encore réglée par exemple (cas de Dalché). Cette ovarite syphilitique secondaire semble être la cause la plus fréquente de l'aménorrhée spécifique.

3° A une syphilis acquise, parvenue à sa période tertiaire, et se manifestant à ce moment-là par une sclérose ovarienne atrophique. Il s'agit alors d'une ovarite syphilitique tertiaire scléreuse, scléro-gommeuse ou scléro-kystique.

Mais, la syphilis ovarienne tertiaire donne plus fréquemment lieu à des pertes rouges, à de véritables hémorragies, bien que l'aménorrhée ou la dysménorrhée paraissent devoir être les symptômes habituels. Ces hémorragies, ménorragies ou métrorragies, trouvent sans doute leur explication dans la particulièrement riche vascularisation de l'ovaire et dans l'intensité et la fréquence des altérations vasculaires au cours de la syphilis.

« La syphilis, dit Barthélémy, laisse en général intacte l'aptitude des parents à procréer. Il est même un fait d'observation clinique que connaissent tous ceux qui recherchent les signes de l'hérédo-syphilis : c'est la polyléthalité infantile. Or qui dit polyléthalité dit aussi polynatalité ; 14 morts sur 14 enfants des mêmes géniteurs ; 18 morts sur 19 naissances de la même famille, sont des chiffres empruntés aux statistiques d'hommes

comme Fournier, Besnier, Ribemont, Porak, Bar, Le Pileur, Goubert, etc.

... Sans doute les scléroses utérines prédisposent aux fausses couches et les facilitent, comme les scléroses ovariennes peuvent rendre incoercibles les métrorrhagies, mais le défaut de conception, de grossesse, est une conséquence plus habituelle des lésions ovariennes, mis à part, bien entendu, les cas de stérilité qui seraient produits par des malformations, par des dystrophies ou par des atrophies et des agénésies, consécutives à l'hérédité syphilitique... »

MM. Levaditi et Sauvage (1) ont eu l'occasion de constater dernièrement l'envahissement des follicules de Graff par le *treponema pallidum* et sa pénétration dans l'ovocyte. On conçoit l'intérêt d'une telle constatation au double point de vue de la localisation de la syphilis à l'ovaire et de la transmission héréditaire de la vérole de la mère à l'enfant. De nouvelles recherches montreront si l'ovocyte infecté par le *treponema* est capable d'évoluer et d'être fécondé. Néanmoins l'existence d'une infection spirochétienne de cet ovocyte rend bien probable la transmission de la syphilis de la mère au rejeton par l'ovule, en dehors de toute infection par voie placentaire évoluant pendant la grossesse.

1. LEVADITI ET SAUVAGE. Acad. des sciences. Séance du 15 oct. 1906,

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Symptomatologie. — Ce que nous avons dit au début de la symptomatologie de la syphilis utérine tardive peut s'appliquer tout aussi bien à l'ovarite spécifique tertiaire. En quelques mots, nous répétons : Il n'y a pas à rechercher de symptômes spéciaux à la syphilis ovarienne. L'ovaire lésé par la vérole n'a pas une manière personnelle de traduire sa souffrance; il se plaint comme il se plaindrait sous l'influence d'une cause toute différente agissant sur lui. C'est dire que le tableau symptomatique de la syphilis ovarienne est assez mal déterminé. Nous allons néanmoins tenter l'exposé de ce chapitre, en nous aidant des observations cliniques dont nous disposons à ce jour.

Comme dans les autres manifestations tertiaires de la syphilis des organes génitaux internes de la femme, comme dans la syphilis utérine et dans la syphilis tubaire, la *douleur* apparaît comme un des symptômes de l'ovarite spécifique. Elle est variable, suivant les cas. Sourde et mal localisée au début, ne donnant lieu qu'à un simple malaise auquel la malade ne prête que peu d'attention, elle augmente d'intensité au moment des poussées congestives, se présente parfois sous une forme névralgique, et est rarement symétrique; ou tout au moins, il y a prédominance des symptômes douloureux soit à droite, soit à gauche.

Les douleurs deviennent encore plus vives quand l'inflammation survient et qu'elle s'étend aux organes

voisins avec lesquels se forment des adhérences, ovaro-salpingite, etc.

L'existence de douleurs dans l'ovarite spécifique a été un argument contre l'analogie qu'on voulait établir entre cette dernière affection et la syphilis du testicule, celle-ci indolore.

« En réalité, cette différence de réaction des deux glandes, dit M. Paul Dalché, s'explique très bien, si l'on se rend compte que pour l'ovarite la fluxion menstruelle vient chaque mois aggraver la situation et causer des douleurs ; d'ailleurs, en cas d'aménorrhée, ces dernières disparaissent, et la ressemblance clinique apparaît. »

La douleur a été signalée par presque tous les auteurs : dans la première observation d'Ozenne, « la malade souffrait de quelques douleurs intermittentes au niveau des deux fosses iliaques » ; dans la seconde, « les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et sensibles à la pression » ; dans la quatrième, « la palpation des fosses iliaques était indolente à droite, un peu douloureuse à gauche. » Bouilly parle de « douleurs continues », mais il ne spécifie pas davantage. Lancereaux décrit, dans la symptomatologie de l'ovarite syphilitique, « une douleur sourde, obtuse, peu intense, un peu de sensibilité. »

La douleur peut acquérir une acuité exceptionnelle, s'il y a épanchement de sang dans les fausses membranes, et au fur et à mesure que se multiplient les productions fibro-plastiques et les adhérences péritonéales.

En même temps, apparaissent des sécrétions variées, soit de sérosité simple (hydrorrhée salpingienne), soit de mucosités grises ou jaunes, soit de sang.

On peut constater, en même temps, dans certains cas, l'altération de l'état général. Sans doute, ce trouble organique peut être lié à l'action de dénutrition profonde qu'exerce le virus spécifique sur l'individu tout entier ; d'autres observateurs attribuent ces malaises à la lésion du grand sympathique. Mais n'y a-t-il pas lieu de tenir compte également de l'altération même de l'ovaire, plus ou moins profondément modifié dans sa texture intime et dans sa fonction ? Les phénomènes constatés ressemblent singulièrement parfois à ceux qui surviennent à la ménopause naturelle : la malade souffre de malaises mal définis, se plaint de céphalalgie, présente des troubles vaso-moteurs divers, des bouffées de chaleur, des sueurs, des épistaxis (de par l'habituelle tendance de la syphilis à faire saigner), accuse de la lassitude, des palpitations, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles. Ce sont là des symptômes que l'on a décrits récemment sous le nom d'insuffisance ovarienne ou d'hypoovarie, si bien étudiés par Dalché. Les phénomènes précédents peuvent s'accompagner de perturbations psychiques (affaiblissement de la mémoire, modification du caractère, neurasthénie, asthénie neuromusculaire). Dès 1889, au Congrès de Paris, Barthélemy a insisté sur ces malaises de la syphilis conceptionnelle latente. De l'avis de cet auteur, il faut que la lésion ovarienne soit très étendue et rapide, pour que ces phénomènes morbides se produisent ; car on sait combien

il faut peu de substance ovarienne persistante pour assurer son rôle physiologique.

Quoi qu'il en soit, tous ces malaises semblent indiquer que la défense de l'organisme n'a plus lieu comme normalement, chez un certain nombre de malades du moins, les nerveuses par exemple, et notamment celles qui sont fortement éprouvées par l'action du virus.

Un symptôme dominant, qui se présente dans la plupart des cas, au moins à la période du début de la sclérose, et même plus tard, quand se constitue l'état scléro-kystique des ovaires, c'est *l'hémorragie utérine*. Souvent ce symptôme occupe à lui seul toute la scène, et c'est à l'occasion de pertes rouges abondantes et tenaces que la malade vient le plus ordinairement consulter le gynécologue. Ozenne, dans sa communication au congrès de Rouen, en fait le symptôme capital de la syphilis annexielle. « Les hémorrhagies, déclare-t-il, constituent le symptôme prédominant. Elles sont particulièrement intéressantes, autant parce qu'elles sont l'accident capital que parce qu'étant une expression directe du tertiarisme, elles sont en opposition avec les irrégularités, les retards de la menstruation ou l'aménorrhée qu'on observe dans la période secondaire de la syphilis. Leurs modes d'apparition et leur évolution varient suivant les sujets. Le plus souvent, ce sont des ménorrhagies qui marquent le début, augmentant d'abondance ou de durée à chaque retour menstruel ; mais ces pertes ne tardent pas à devenir presque continues ou à n'être séparées que par quelques jours d'intervalle. Elles se sont alors transformées en métrorrhagies.

gies dont l'abondance et la fréquence sont irrégulières.

D'autres fois, ces pertes persistent sous la forme ménorrhagique, en se continuant ensuite par un simple suintement quotidien. Chez quelques femmes, enfin, c'est une hémorragie tenace et résistant à tout traitement, qui s'installe d'emblée et qui, par son extrême abondance peut mettre la vie de la malade en péril. Cette dernière éventualité mise de côté, ces hémorragies ont pour conséquence de produire un notable degré d'anémie, d'affaiblissement et de dépérissement, auxquels concourent dans une certaine mesure des troubles digestifs et la dépression générale de tout le système nerveux. » La plupart des cliniciens signalent ce symptôme dans leurs observations, avec les variantes qu'il comporte : Dans le premier cas publié par Ozenne, c'est progressivement que s'installe l'hémorragie. La femme, d'abord bien réglée, voit, après un an de mariage, les règles devenir de moins en moins régulières et de plus longue durée. Puis aux ménorrhagies succèdent les métrorrhagies, se répétant tous les quatre ou cinq jours.

Dans la deuxième observation d'Ozenne, les métrorrhagies étaient presque constantes. « A partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus fréquemment en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquels même il n'était pas rare de constater un suintement rosé. » Et il en est de même dans les autres observations de ce syphiligraphe.

La malade de Bouilly présentait des hémorragies utérines si abondantes que deux curettages avaient déjà été pratiqués par Hartmann, sans aucun résultat, ce

qui ne doit pas nous surprendre. La malade de Franceschini « fut atteinte d'hémorragie très abondante coïncidant d'abord avec l'époque des règles et se manifestant ensuite inopinément d'une menstrue à l'autre. » Dans l'observation de Betti, la malade fut prise de règles « très fréquentes et abondantes au point de compromettre sa santé ». « Les hémorragies, d'abord ménorrhagiques, devinrent ensuite métrorrhagiques » et réduisirent cette femme à un état de faiblesse extrême.

Mêmes renseignements à ce sujet dans les observations de Garofalo et de Nicola de Pace : ici encore, les pertes rouges, d'abord ménorrhagiques, devinrent ultérieurement métrorrhagiques.

Toutes ces hémorragies sont survenues chez des malades qui n'avaient pas de raison apparente locale de perdre du sang. Les observations d'Ozenne et des gynécologues italiens sont très concluantes à ce sujet. Les curettages, pratiqués parfois à plusieurs reprises sur les mêmes malades, n'ont ramené que peu ou même pas de fongosités. Il n'y a pas de lésion utérine, ni autre perceptible, qui puisse être invoquée comme cause des accidents, dit à son tour Dalché. Beaucoup de ces malades doivent se soumettre à l'intervention chirurgicale. Après l'ovariotomie, on déclare tout net : c'est de l'ovarite scléro-kystique. Mais, on ne veut pas admettre que cette ovarite scléro-kystique puisse avoir d'autre cause qu'une infection locale, et on refuse à la syphilis toute possibilité de déterminer un pareil processus. Ce n'est sans doute pas parce que les malades auxquelles on a enlevé ces ovaires scléro-kystiques, ne présentaient, au

moment même de l'opération, aucun accident spécifique en cours. Le diagnostic rétrospectif de syphilis acquise ou héréditaire comporte d'autres difficultés. Un fait subsiste, malgré tout : c'est la disparition des hémorragies, c'est la régression des tumeurs, peu de temps après l'administration du mercure, et malgré l'échec de toutes les tentatives thérapeutiques antérieures ; et ce fait repose sur des constatations cliniques nombreuses, faites par des syphiligraphes réputés et des gynécologues éminents. Il nous paraît qu'il faille voir dans ces constatations renouvelées d'une façon significative, autre chose qu'une simple loi de coïncidence.

Aux symptômes subjectifs précédents, la douleur, les troubles de fausse monopause, et surtout les hémorragies, viennent s'ajouter dans un certain nombre de cas des renseignements utiles fournis par le *palper abdominal* et par le *toucher vaginal*. La palpation du ventre quand les lésions en sont au stade gommeux ou scléreux provoque une douleur nettement localisée, mais en général peu violente, sauf toutefois pour certains ovaires scléro-kystiques. Dans quelques observations, les cliniciens ont pu percevoir des *tumeurs* appréciables. Duparcque, par la pression des régions sus-pubienne et iliaque gauche, perçut une tumeur de la forme et du volume d'un petit œuf de poule, très douloureuse, qu'il jugea provenir de l'engorgement inflammatoire de l'ovaire.

Le toucher vaginal, isolé ou combiné au palper abdominal, a pu permettre de déceler une certaine sensibilité des annexes, qui alors se montrent plus grosses, plus

lourdes. La mobilité est conservée à cette période. Au contraire, plus tard, les ovaires sont fixés, noyés dans des masses dures et de consistance fibreuse.

A la période atrophique, par le même procédé d'exploration, on peut quelquefois, mais difficilement, sentir des ovaires petits, indolents à la pression et mobiles de nouveau. Ozenne fait remarquer que, l'augmentation de volume des ovaires étant parfois trop peu prononcée pour être perçue, l'existence de métrorrhagies reste le seul symptôme qui puisse faire penser à la syphilis des annexes. Dans ce cas, c'est seulement la sensibilité dans les culs-de-sac latéraux du vagin et dans les fosses iliaques, qui permettra de dépister la lésion ovarienne.

Diagnostic. — Tels sont les différents symptômes qu'on puisse décrire actuellement à la syphilis ovarienne. Sans doute, ils sont bien vagues, bien précaires, pour permettre d'affirmer un diagnostic. Tout au plus, serviront-ils à le soupçonner. Et cela est déjà beaucoup. Il faut penser à la syphilis et avoir sur elle son esprit en éveil : c'est le point principal.

Dès qu'on se rencontre en présence des symptômes précédents, et qu'on n'en trouve la cause et l'explication ni dans une lésion locale, métrite, salpingite, polypes, débris placentaires, fibromes, cancers, — la blennorrhagie et la puerpéralité étant d'ordinaire les deux grandes coupables, — ni dans une affection générale, ou une dyscrasie sanguine (paludisme, hémophilie, etc.) ; il est nécessaire de songer à la syphilis acquise, conceptionnelle ou héréditaire, et de la rechercher avec le plus grand soin. Nous ne reviendrons pas sur les

détails de cette enquête, que nous avons indiquée à propos de la syphilis utérine tertiaire.

Après l'enquête, s'il n'y a pas lieu d'en tenir compte, qu'on élimine sans retard ce facteur importun. Sinon, qu'on institue un traitement mercuriel d'emblée énergique et l'on verra alors les pertes, les douleurs, les troubles menstruels accessoires, l'amaigrissement et l'anémie disparaître avec une rapidité significative. Le diagnostic sera ainsi confirmé par l'épreuve thérapeutique.

Dans les cas douteux, en général, il ne faut pas s'abstenir. Mieux vaut, en effet, donner inutilement du mercure à une malade dont les accidents ne relèvent pas de la syphilis, que de risquer de refuser à une autre malade atteinte de syphilis annexielle les bienfaits de cette médication.

Une question se pose tout naturellement : *Peut-on reconnaître et différencier la syphilis ovarienne de la syphilis utérine ?* Ceci, à vrai dire, n'a qu'une importance diagnostique, mais non thérapeutique. Dans les deux cas le traitement reste le même. Franceschini nous indique de la façon suivante les éléments de ce diagnostic : « Quand l'examen physique donne une réponse négative en ce qui concerne une lésion anatomique appréciable des ovaires et de l'utérus, le doute peut alors surgir bien justifié, à savoir si l'hémorragie est attribuable à l'ovaire ou à l'utérus. En pareil cas si on raisonne par analogie et si on pense à la prédilection que la syphilis a chez l'homme pour le testicule, — l'organe frappé de préférence par l'induration gommeuse, —

on devra admettre une plus grande probabilité en faveur de la sclérose ovarienne plutôt qu'en faveur de la syphilis utérine, étant données les analogies anatomiques et fonctionnelles entre l'ovaire et le testicule. On ne doit pourtant pas oublier qu'il pourrait s'agir d'une sclérose vasculaire spécifique de l'utérus, qui, bien que se présentant rarement sans une affection concomitante spécifique des ovaires et des trompes, peut néanmoins, dans quelques cas aussi, exister isolée, étant donné la tendance naturelle de la syphilis à frapper isolément et partiellement les organes, comme cela se voit dans l'artérite cérébrale syphilitique. D'ailleurs, l'artério-sclérose syphilitique de l'utérus peut être cause — comme dans la sclérose ovarienne — d'hémorragies très abondantes et rebelles à tout traitement qui n'est pas le traitement mercuriel. On ne peut pas non plus considérer cette localisation tardive de la syphilis utérine, sous forme d'altérations vasculaires, comme une étrange et inexplicable rareté clinique, si on pense que, même pendant la période secondaire, l'utérus est bien souvent le siège d'hémorragies profuses, dues à des altérations spécifiques de l'organe, ayant le caractère d'hyperémies actives, altérations qui, à la suite d'une accentuation du processus, peuvent constituer de véritables inflammations aiguës, la maladie des vaisseaux étant le fait prédominant.

« C'est pourquoi l'hypothèse d'hémorragie utérine par artério-sclérose syphilitique tardive rencontre encore une certaine analogie dans toute hémorragie rebelle de la syphilis constitutionnelle récente ; et une fois de

plus il reste démontré combien la syphilis nous apparaît comme un facteur puissant dans la pathologie des organes génitaux internes de la femme...

« Revenant à mon point de départ, c'est-à-dire à la sclérose syphilitique des ovaires, je dirai que si, d'après mes observations et d'après cette étude assez restreinte comme argumentation, je voulais tenter d'ébaucher la symptomatologie encore assez indécise d'une telle affection, je devrais dire que la dégénérescence scléreuse des ovaires se manifeste par les signes suivants :

« a) Par de l'hypertrophie ou de l'atrophie de l'organe, appréciables quelquefois seulement par un examen physique minutieux de la partie ;

« b) Par des hémorragies abondantes, qui se présentent d'abord sous forme de ménorrhagies, puis sous forme de petites pertes de sang et finalement d'abondantes métrorrhagies à caractère intermittent ;

« c) Par l'absence de douleurs même pendant la période des hémorragies (nous avons vu dans le courant de notre description clinique que c'est là un fait bien discutable, et que souvent les pertes s'accompagnent de douleur).

« d) Par l'absence de toute participation morbide du côté de l'utérus et des trompes, même dans les formes d'hémorragies les plus graves ;

« e) Par des hémorragies qui ne cèdent à aucune tentative thérapeutique si énergique et si rationnelle qu'elle soit ;

« f) Par la prodigieuse et immédiate efficacité du traitement spécifique, soit pour ce qui concerne l'hémor-

ragie, soit pour ce qui regarde les ovaires, même hypertrophiés.

« Les seuls éléments de diagnostic différentiel entre l'hémorragie par syphilis ovarienne et l'hémorragie par syphilis utérine sont le caractère intermittent de la première et son mode de début par des ménorrhagies, prenant plus tard seulement le type de métrorrhagies abondantes et se succédant sans aucune règle... »

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic. — Généralement méconnue dans sa causalité, pendant un temps très long, qui permet à l'affection de suivre sa marche lente, mais progressive, la syphilis ovarienne n'est soumise la plupart du temps au traitement mercuriel qu'à une période tardive de son évolution, et à l'occasion d'un incident déjà grave par lui-même. Le plus souvent, comme nous l'avons vu, c'est une hémorragie dont l'étiologie reste douteuse, qui met un soupçon dans l'esprit du clinicien bien avisé, et lui fait penser à la syphilis. Mais souvent, ce diagnostic est porté très tardivement, et le traitement n'a plus l'effet dont on l'aurait cru capable. Heureusement que parfois survient inopinément et de bonne heure une manifestation indépendante, une gomme cutanée par exemple, dont la nature spécifique est certaine, et que la thérapeutique mercurielle, instituée pour guérir cette lésion, fait d'une pierre deux coups, en guérissant en même temps les lésions ovariennes dont la cause n'avait pas été diagnostiquée.

Quoi qu'il en soit, l'ovarite syphilitique est un accident sérieux du tertiariisme, ne serait-ce que par ses hémorragies utérines, souvent désespérément tenaces, et par la cachexie que celles-ci entraînent par leur répétition.

Traitement. — L'étude de l'ovarite syphilitique, encore que fort incomplète, entraîne à la conclusion thérapeutique suivante : Toutes les fois qu'on se trouve en présence de ménorrhagies et de métrorrhagies rebelles, de nature insoupçonnée, chez une femme n'ayant aucun dossier pathologique génital ; à plus forte raison, toutes les fois que coexistent, avec ces symptômes, de la douleur et de la tuméfaction des annexes, ou des traces d'une syphilis acquise ou héréditaire, il faut, de parti pris, par principe, avoir recours à un traitement hydrargyrique hâtif et énergique. Cette ligne de conduite aura la plupart du temps un double résultat. Elle servira de pierre de touche au diagnostic, en permettant de rapporter les lésions à leur vraie cause, et elle aboutira à une régression rapide, et souvent complète, des accidents, en agissant efficacement à la fois sur l'hémorragie utérine et sur la tumeur ovarienne. Dans le cas où cette médication n'entraînera après elle aucune amélioration de la malade, elle aura servi au moins à tranquilliser la conscience du médecin, qui, son devoir accompli, pourra réclamer l'intervention chirurgicale comme suprême ressource.

Nous avons déjà dit, à propos du traitement de la syphilis utérine tertiaire, ce qu'il faut penser, avec la plupart des gynécologues et des syphiligraphes, du

curettage pratiqué pour mettre fin aux pertes rouges dans la syphilis utéro-annexielle. Après plusieurs râclages de l'utérus, on a pu constater, non pas la cessation des hémorragies, mais au contraire leur aggravation. L'amputation du col n'a pas donné, en pareil cas, de résultat plus encourageant. Reste l'extirpation utéro-ovarienne : cette opération ne devra être proposée que quand auront échoué tous les autres moyens, jusques et y compris le traitement mercuriel, le dernier sans doute auquel on voudra se résoudre.

Puisque le chirurgien n'hésite pas, quand il la croit nécessaire et légitime, devant une laparatomie exploratrice, nous ne voyons pas ce qui serait susceptible de faire hésiter le gynécologue et le syphiligraphe, alors que se trouve en leurs mains une méthode à la fois diagnostique et thérapeutique, par l'emploi de quelques injections de mercure, au moins inoffensives, sinon curatives dans tous les cas.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS (1)

Une classification des observations par groupes et par classes, correspondant aux différentes formes et localisations de la spécificité sur les organes génitaux internes de la femme, nous paraît trop artificielle et trop schématique, d'autant que, pour beaucoup, il est impossible de savoir si elles relèvent isolément de la syphilis utérine ou de la syphilis annexielle, ou bien si elles participent des deux. Nous nous bornerons donc à adopter simplement l'ordre chronologique.

Obs. de Duparcque, in *Mal. de la matrice*, p. 133. Paris, 1837.

Chez une femme qui avait eu trois enfants syphilitiques et scrofuleux, on découvrit un engorgement dur et mamelonné du col de l'utérus qui dilatait et amplifiait le fond du vagin ; sa superficie lisse présentait une dépression avec inégalité en dehors

1. N'ayant pu retrouver le texte de quelques observations, nous sommes obligé de nous contenter d'en donner l'indication bibliographique.

de la commissure gauche du museau de tanche, et là, où le toucher devenait beaucoup plus douloureux, il sembla qu'il existait une ulcération. La malade ne voulut pas se soumettre à l'exploration par le spéculum. Il s'écoulait incessamment de la vulve une humeur jaunâtre et parfois sanguinolente, d'une odeur fade et nauséabonde. Outre les douleurs continuelles des reins et la sensation d'une brûlure dans le bas du bassin, des douleurs lancinantes revenaient à des intervalles assez rapprochés, et pendant la nuit, réveillaient subitement la malade, quand, accablée par le mal et la fatigue, elle se livrait à quelques instants de repos. Sous l'influence des frictions faites à la partie interne des cuisses, avec le calomel incorporé dans de l'axonge, en moins de trois mois, le col de l'utérus reprit son volume ordinaire et les règles se rétablirent.

La maladie récidiva ; on put croire à l'existence d'un squirrhe ulcéré du col de l'utérus, tant était volumineux et dur l'engorgement, tant l'ulcération était large et profonde. Cependant, grâce à la connaissance des antécédents vénériens du mari, les mêmes moyens qui, dès le principe du mal avaient produit d'heureux effets, ayant été mis en usage et renforcés par les boissons sudorifiques et des pilules de deutochlorure, la guérison se fit assez promptement et d'une manière si complète que, depuis dix ans, elle ne s'est pas démentie.

Obs. de MM. Montanier et Velpeau. — SYPHILIS GOMMEUSE DU CORPS UTÉRIN, in Barthélemy (Syphilis tertiaire des org. génitaux internes de la femme. *Congrès de Paris*, 1900. Syphilis, an. 1905, t. III).

« Une femme de 50 ans, à antécédents syphilitiques peu douteux, souffrait de vives douleurs abdominales s'accompagnant

d'un écoulement jaune verdâtre assez abondant. Elle présentait de plus un état cachectique très accusé : pâleur, teint jaunâtre, amaigrissement, affaiblissement, inappétence et insomnie, troubles nerveux, etc... La palpation de l'abdomen donnait la sensation d'une tumeur arrondie, dure, remontant au moins à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le toucher faisait reconnaître au fond du vagin, une masse de la grosseur environ d'une tête de fœtus de 7 mois. Cette masse était plutôt dure que molle, un peu bosselée, mais sans qu'aucun point parût mou ou fluctuant. Elle était libre dans le vagin, comprimant à la fois la vessie et le rectum. Elle ne paraissait ulcérée en aucun point. On cherchait vainement le col ; on ne trouvait qu'une masse sans forme déterminée avec un léger hiatus qui pouvait être le museau de tanche. L'examen au spéculum ne révélait aucune ulcération.

Ces divers symptômes et la cachexie profonde de la malade avaient fait penser tout d'abord à une affection grave de la matrice et voire même à un cancer. Cependant, après avoir éliminé le fibrome comme le sarcome, l'arrêt d'involution ou la rétroversion comme l'hématocèle, la pelvi-péritonite comme les kystes, et discuté ces hypothèses diagnostiques auxquelles pouvait donner lieu cette singulière tumeur, MM. Montanier et Velpeau se rattachèrent à la supposition bien précaire d'une tumeur syphilitique de l'utérus. Conséquemment un traitement syphilitique (KI et sublimé) fut institué en ce sens. Or, pour aller immédiatement au but, ce traitement produisit les plus merveilleux résultats. D'une part, il modifia rapidement l'état général de la façon la plus avantageuse ; d'autre part, il modifia parallèlement la lésion locale. Dans l'espace d'un mois, la tumeur utérine diminua de plus de moitié et le col redevint facilement

appréciable ; les douleurs se calmèrent, l'écoulement se tarit. Deux mois plus tard, la douleur avait complètement disparu ; l'utérus avait repris son aspect normal et sa consistance ordinaire. La santé était devenue excellente ; en un mot la malade était absolument guérie. »

Obs. de Lécorché. — « Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires, chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle. » *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1856, p. 160. (Fragment).

« Les ovaires ont subi une transformation fibreuse. On y trouve à grand peine quelques vésicules de Graaf. La coque entière est occupée par un stroma compact. A la surface de la coque fibreuse de chaque ovaire, on aperçoit des dépôts calcaires nombreux qui font effervescence avec l'acide azotique et qui se sont formés sans doute sous l'influence d'inflammations fréquemment répétées. La trompe gauche n'offre rien d'anormal, mais la droite, plus longue, est dilatée : à l'extrémité libre de cette trompe, se trouve un kyste qui semble formé aux dépens de la trompe. »

Obs. de Richet. — *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*. 5^e édition, p. 701. *Gomme de l'ovaire* (avec autopsie).

Obs. de Lancereaux. — (*In Traité historique et pratique de la syphilis*. Paris 1864, p. 280.)

Obs. I. — Femme de 33 ans, morte d'accidents syphilitiques, dont un des ovaires, plus volumineux, était le siège d'une induration blanche disposée en plaques ; il était manifestement lésé dans sa plus grande étendue, et adhérait à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus était infléchi sur la partie antérieure du corps.

Obs. II. — Malade de 43 ans, observée en 1859, et chez laquelle il existait en même temps que des douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un œuf, situées au niveau des ovaires et allongées suivant la direction du ligament large. L'iodure de potassium administré dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovaires amena une diminution rapide de ces tumeurs; et, après vingt jours de traitement, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, avait disparu, car on ne la trouvait plus à la palpation.

Obs. de Mollière (de Lyon). — *Utérus*. — Aux deux observations très remarquables de Duparcque et de Montanier, il faut ajouter celle de Humbert Mollière (de Lyon).

Ce médecin, faisant une suppléance dans les hôpitaux, trouva dans les salles une femme atteinte d'un *ulcère utérin fongueux* et que le chef de service avait abandonnée à la cachexie. Le jeune âge de cette malheureuse ayant fait concevoir des soupçons, et, dans tous les cas, faisant un devoir de tout tenter, Mollière la soumit à un rigoureux traitement par les frictions mercurielles avec l'iodure à l'intérieur. Il eut le bonheur de la guérir complètement en quelques semaines. C'est là un beau succès, et l'on ne saurait trop souhaiter de voir une conduite si rationnelle devenir la règle de tous les praticiens.

Obs. de Messenger Bradley. — Syphilitic post-partum. Hæmorrhage. *The Manchester Medical and Surgical Reports*, oct. 1870, p. 45.

Femme de 36 ans. Ménorragie abondante après la délivrance du huitième enfant.

A contracté la syphilis après son quatrième accouchement

Les enfants qui sont venus au monde après la contagion étaient mort-nés; un troisième, né à 7 mois, est mort six semaines après, avec des signes de spécificité; le dernier, âgé de 3 ans, est vivant et présente un nez plat et un coryza chronique. Une fausse couche. La malade n'a jamais suivi aucun traitement. En dehors des grossesses, elle avait ses règles toutes les trois semaines durant huit jours environ. La malade avait des pertes sanguines après les quatre derniers accouchements. Les quatre premiers enfants étaient vivants et bien portants.

En fait de manifestations syphilitiques, la malade ne présente qu'un psoriasis palmaire. — Le neuvième accouchement s'est passé très bien. L'enfant naquit vivant. Placenta malade, probablement syphilitique, tout alla bien pendant une semaine, quand tout d'un coup la malade a commencé à perdre du sang en grande abondance. Malgré tous les traitements, l'hémorragie ne s'arrêta pas. L'injection au perchlorure de fer amenait la cessation de la métrorrhagie, mais seulement pendant quarante-huit heures. Après un mois de perte, anémie profonde.

L'enfant était nettement un spécifique héréditaire. Administration du traitement mercuriel. Arrêt des métrorrhagies. Après une semaine, la malade cessa le traitement.

Réapparition des métrorrhagies. On reprend le mercure, les pertes sanguines disparaissent.

La malade a de nouveau interrompu le traitement et les métrorrhagies ont réapparu.

Finalement, après un traitement de trois semaines, les métrorrhagies se sont arrêtées et ne sont plus revenues depuis.

Obs. de MM. Bouchard et Lépine. — SYPHILIS TERTIAIRE.
GOMME DES TROMPES DE FALLOPE. — Ramollissement cérébral. Hépa-

tite. *Gazette Médicale de Paris*, n° 45, 1866, p. 726. (*Analysée dans la « Syphilis » de Barthélemy.*)

Femme de 40 ans, entrée à Lourcine avec aphasie et hémiplegie droite remontant à trois semaines, précédée de six mois de céphalée. Tumeur de la tête de la clavicule droite, guérie il y a quelques mois. Mais on ne sait rien de *ferme* sur la syphilis antérieure. Amélioration de l'aphasie. Etat stationnaire de l'hémiplegie. Mort le 24 septembre.

Autopsie. — Gomme des deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches. Gomme de la méningée, etc.

Les deux trompes sont très augmentées de volume ; elles ont chacune la grosseur d'un doigt ; le canal est complètement effacé, — on ne peut plus distinguer le pavillon ; — à la coupe, on trouve dans *chacune trois gomme*s du volume d'une noisette, molles et rougeâtres. On remarque, sur la surface de section, de petits grains assez nombreux, grisâtres, adhérents au tissu ambiant, ressemblant à des grains de sable.

Le tissu des productions anormales observées dans le foie et dans les trompes présente une trame de tissu conjonctif très résistante, très riche en cellules étoilées. On y trouve de plus un nombre moins considérable de noyaux, les uns ovoïdes (noyaux embryoplastiques), les autres, sphériques, et moins volumineux (cytoblastions), et des granulations graisseuses, disséminées, plus ou moins abondantes suivant les coupes. En l'absence de commémoratifs suffisants, la consistance de ces tumeurs d'origine conjonctive observées dans le foie, dans les trompes et dans le cerveau, et leur coïncidence avec une ostéite raréfiante de la clavicule droite, nous paraissent légitimer le *diagnostic de syphilis tertiaire...*

Au microscope, les *petites masses des trompes* paraissent

homogènes sphériques ou ovoïdes, transparentes, très réfringentes, ne donnant aucune effervescence par l'acide chlorhydrique. Les tumeurs étaient constituées par des noyaux sphériques faciles, à colorer au carmin, jetés au milieu d'une matière amorphe, grisâtre, transparente, en voie de dégénérescence graisseuse... »

Obs. de Morgan. — GOMME SYPHILITIQUE DE L'UTÉRUS (1871) (RÉSUMÉE).

Femme de 32 ans, syphilitique ancienne et non traitée. Mort par cachexie, probablement causée par la syphilis.

A l'autopsie. — Gommages de l'arrière-gorge, gomme du rein droit, où l'on trouve une gomme du volume d'une petite fève. *Lésions de même nature dans l'utérus :* « le fond de l'utérus contenait aussi une petite tumeur bien circonscrite, ferme et résistante, ayant tous les caractères d'une gomme. »

Obs. d'Afanaster. — TUMEUR GOMMEUSE DE L'UTÉRUS, cité par FEULARD (*Des gommages syphilitiques : gommages des organes génitaux*, p. 551).

Obs. de Bold. — *Amer. Journal of obstetr.*, 1888, vol. XXI, p. 122.

Obs. de Lecourtois, in Lecourtois, Labadie-Lagrave et Legueu, *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris, 1904, p. 653.

Obs. de Ballantyne et Williams. — *Syphilome chez un enfant hérédosyphilitique*, par J.-K. Ballantyne and J.-D. Williams. The histology and pathology of the fallopian tubes. *British med. Journ.*, 1891, t. I, p. 171.

« Chez un enfant hérédosyphilitique de 7 mois, plusieurs des franges tubaires étaient adhérentes à leur sommet, formant des bandes transversales, et dans la paroi musculaire il y avait quelques dépôts de petites cellules rondes exactement semblables à celles trouvées dans le foie et dans les autres organes de cet enfant. C'étaient des syphylomes de Parrot, appelés aussi gommes miliaires des autres auteurs. »

GOMME DE LA TROMPE DE FALLOPE. — **Obs. de Fuller**, in *Morrow's « System »*. (A. System of Genito-Urinary Diseases, syphilology and Dermatology, 1893, vol. II, syphilology, p. 463).

Je fus appelé à soigner une jeune femme, à antécédents douteux, qui m'annonça qu'elle avait des troubles inflammatoires pelviens ; ceux-ci avaient augmenté progressivement malgré le traitement qu'elle avait reçu. La palpation bimanuelle me permit de découvrir dans la région du ligament large une tumeur d'environ le volume d'une orange, et de tension modérée. Comme la malade avait été jusqu'alors soumise au traitement d'un bon gynécologue, sans résultat favorable, je lui administrai de fortes doses d'iodure de potassium, bien qu'il m'eût été impossible, malgré les nombreuses chances qu'elle paraissait avoir eues de contracter la maladie, d'acquérir la notion d'une syphilis antérieure. La malade commença immédiatement à s'améliorer ; et au bout d'un certain temps, le traitement ayant été continué, la tumeur disparut graduellement.

Obs. de Georges Whitesead. — GOMME DE LA TROMPE DE FALLOPE. (*Boston med. and surg. J.*, 17 décembre 1903).

M^{rs} M. G..., âgée de 37 ans, m'était envoyée le 14 juin 1899 par son médecin de famille. Elle avait eu onze grossesses, et deux

fausses couches; elle avait une histoire nette de syphilis remontant à 1894; deux fausses couches depuis cette époque. Le 29 janvier 1899, elle donna naissance à un fœtus mort-né, près du terme. Depuis lors, elle était réglée toutes les deux semaines, et récemment, en janvier 1899, elle perdit plus que de coutume. L'examen bimanuel montra l'utérus en rétroversion, légèrement augmenté de volume, et facilement mobile; les trompes et les ovaires étaient, en apparence, normaux. Le 21 juin, je curettai l'utérus, et après un traitement qui consista en injections, administrations d'ergot de seigle et d'hydrastis, elle fut réglée le 20 juillet et le 17 août. Quand elle fut examinée le 7 novembre, elle n'avait point été réglée depuis le 17 août. Un diagnostic probable de grossesse fut porté, et elle prit dix gouttes d'une solution d'iodure de potassium trois fois par jour; comme elle était anémique, on lui donna aussi du fer. Les mouvements du fœtus furent perçus le 24 décembre, l'iodure de potassium continué. Le 1^{er} mai 1900, après un travail normal, elle mit au monde, sans forceps, un enfant sain. Elle revint me voir le 1^{er} août 1901, un peu plus d'une année après ce dernier accouchement. Elle n'avait reçu aucun traitement antisyphilitique durant l'année écoulée. Elle accusait une douleur depuis deux mois dans la fosse iliaque droite, plus vive pendant la nuit. Quelques douleurs dans le dos, de la céphalalgie, des malaises, des règles fréquentes et profuses. L'examen montra, du côté droit, une tumeur de la grosseur d'un gros citron, en apparence dans la trompe de Fallope. On lui ordonna des douches chaudes, le repos et les autres médicaments usuels, mais sans succès. Elle s'opposa à toute intervention chirurgicale. Aussi, avec l'idée de syphilis, je pensai qu'il valait mieux la soumettre à un traitement rigoureux antispécifique, au mercure et à l'iodure, afin de faire

résorber la tumeur, si possible. Je la vis à intervalles d'une semaine durant les deux mois et demi suivants; les examens de chaque semaine me firent constater ce fait que la tumeur entraînait peu à peu en régression. Un autre examen du 7 octobre 1901 me montra que la tumeur avait complètement disparu; et pendant le traitement institué dans ces dix semaines, ses symptômes avaient graduellement diminué, de telle sorte que à la fin de novembre 1901 la malade se considérait elle-même en bonne santé. Je la vis de nouveau en mai 1902 et en septembre 1903; la tumeur n'était pas réapparue. En ce qui concerne l'enfant né en mai 1902, il vécut environ 5 mois, n'ayant jamais présenté de symptômes d'hérédosyphilis, mais mourut d'une affection qui, d'après ce que l'on m'a dit, devait être une broncho-pneumonie. Je n'ai jamais vu l'enfant moi-même; il y eut opposition à l'autopsie.

Obs. de Dehnhoffe, in MARTIN, *Die Krankereinder Erleezter*. Leipzig, 1895, p. 186.

Les trompes d'un nouveau-né ayant sucumbés à une syphilis généralisée présentent un épaississement de toutes leurs parois ayant un aspect curieux; sur la coupe, la paroi tubaire paraît quatre fois plus grosse qu'à l'état normal, les vaisseaux sont élargis; la musculature et le tissu conjonctif épaissis et riches en noyaux; les plis de la muqueuse bien développés contiennent beaucoup de noyaux; l'épithélium régulier est bien conservé et la lumière de la trompe complètement libre. »

Obs. de Wolter. Seltener Falle einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio. — *München Medizinische Wochenschrift*, 1896, XLIII, p. 474.

Il s'agit d'une bonne qui était contaminée par la syphilis à l'âge de 15 ans par un soldat. Elle a communiqué la syphilis à son fiancé qui après diverses péripéties a fini par l'épouser. De ce mariage naquirent neuf enfants tous mort-nés. Quelques-uns sont venus au monde macérés, d'autres plus ou moins avant terme. Le dernier enfant est mort pendant l'accouchement par la faute de la sage-femme. Il ne présentait pas les stigmates de l'hérédosyphilis. Cet accouchement a eu lieu en février 1895 ; depuis, menstruation régulière jusqu'à fin septembre. Vers cette époque, apparition de métrorragies prolongées, tenaces et très abondantes. La malade continua néanmoins son travail jusqu'au 13 novembre.

Examen. — Pâleur des muqueuses. Cheveux rares. Pas de signes de syphilis. Dans le vagin, on trouve un mucus sanguinolent. Au spéculum, on voit sur le côté droit du col de l'utérus une ulcération suintante qui paraît se prolonger dans la cavité de l'utérus. Le côté gauche du col paraît conservé. L'utérus n'était pas augmenté de volume. Comme les excréta n'étaient pas fétides et que les bords n'étaient pas épaissis, comme d'autre part la destruction étendue des tissus permettait d'exclure une affection inflammatoire de l'endométrium, il était impossible de formuler un diagnostic certain.

Malgré l'absence des symptômes caractéristiques, j'ai posé le diagnostic probable de carcinome ; je ne pensais pas à la syphilis, n'ayant jamais vu une pareille lésion occasionnée par la syphilis. Pour arrêter l'hémorragie j'ai mis un tampon de gaze iodoformée et ordonné des injections à l'eau salicylée. Le soir même, je fus appelé auprès de la malade pour une forte hémorragie. Je l'ai trouvée dans un état lamentable. Elle se plaignait d'avoir froid ; céphalée, vertiges, pouls petit, filiforme, fréquent,

sueurs froides sur la peau. En outre, elle présentait des vomissements avec de la diarrhée s'accompagnant d'une forte douleur dans l'abdomen. Vers le soir, les tampons furent repoussés par le sang, et depuis le sang s'écoulait abondamment, au point que la malade nageait pour ainsi dire dans son sang. En voulant examiner la malade, il en est sorti un grand caillot de sang du volume de deux poings. A la suite, s'écoula du sang liquide. Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée. Arrêt de l'hémorragie.

J'ai prescrit l'enveloppement des jambes et des stimulants. Amélioration de l'état général. J'ai enlevé le tampon après vingt-quatre heures, il n'y avait plus d'hémorragie.

En scrutant les antécédents de la malade, l'idée m'est venue que l'ulcération pouvait être une gomme syphilitique détruite. J'ai ordonné à titre d'essai l'iodure de potassium. La plaie a commencé à prendre de jour en jour un meilleur aspect et finit par se cicatriser complètement au bout de trois semaines

Obs. d'Ozenne. — *De la syphilis tertiaire des ovaires.* (*Semaine gynécologique*), 1898, p. 193.

Obs. I. — Il s'agit d'une jeune femme, M^{me} V..., actuellement âgée de 32 ans. Sans antécédents pathologiques de jeunesse, elle avait été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement et assez abondamment, pendant cinq années ; puis, à l'occasion d'une époque menstruelle, elle aurait présenté des accidents d'hématocèle péri-utérine, pour lesquels elle resta alitée environ six semaines.

Quelque temps après, elle se mariait et, pendant une année, les règles apparurent à peu près périodiquement ; mais bientôt elles devinrent irrégulières et d'une durée plus longue ; puis aux

ménorragies succédèrent des métrorragies qui se répétaient tous les quatre ou cinq jours sans qu'aucune fausse couche n'ait été positivement constatée. La malade ne paraît avoir eu, avant ses hémorragies, aucune des manifestations secondaires habituelles de la syphilis.

Mais l'apparition de quelques douleurs intermittentes au niveau des deux fosses iliaques, de maux de tête répétés et les hémorragies utérines que différents traitements médicaux n'étaient pas parvenus à arrêter, contribuèrent à développer, chez cette jeune femme, un certain degré de neurasthénie. C'est à cette époque (février 1892) que, pour la première fois, nous vîmes la malade qui, quoique affaiblie par ses pertes presque continues, mais non à chaque fois très abondantes, n'était pas cependant très anémiée.

Je passe sur l'examen général des différents organes, n'offrant aucune particularité à signaler, pour mentionner de suite l'état des organes génitaux.

L'utérus, tout en étant un peu plus volumineux que normalement, n'était le siège d'aucune lésion apparente. Mobile et non douloureux, il laissait suinter un peu de sang, sa cavité ne présentait pas de dilatation. Les culs-de-sac étaient souples et entièrement libres ; mais, à la palpation de l'abdomen, on percevait dans chaque fosse iliaque une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite et du volume d'une petite mandarine ; elle donnait la sensation d'un gros ovaire scléro-kystique.

Notre ami, le Dr P. Raynier, dans le service duquel la malade fut transportée, à Tenon, porta le même diagnostic et lui proposa une opération pour la débarrasser de ces deux tumeurs, cause probable des hémorragies. L'ablation par la laparotomie en eut lieu en mars 1892 et ne fut suivie d'aucun incident.

Les tumeurs du volume d'un petit œuf étaient bien formées aux dépens des ovaires, qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à la coupe et avait par places l'aspect fibroïde. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué.

Dans l'année qui suivit cette opération, la malade eut à plusieurs reprises des crachements de sang qui, à chaque fois, disparurent rapidement par l'emploi de dragées contenant de l'ergotine, du sulfate de quinine et de l'extrait de bryone. Les hémorragies utérines ne reparurent plus et l'état général s'améliora très rapidement.

Mais, à partir de 1893 jusqu'en 1895, se montrèrent, à intervalles irréguliers, des bouffées de chaleur, des phénomènes congestifs et neurasthéniques variés, et surtout des crises de céphalalgie, accidents que nous croyions liés à la castration et contre lesquels échouèrent les traitements médicaux, les injections de suc testiculaire et l'opothérapie ovarienne elle-même, chacun d'eux administré à dose suffisante.

En présence de ces échecs thérapeutiques, il nous vint à l'idée que les lésions scléreuses, constatées sur les ovaires pouvaient être de nature syphilitique et qu'il y avait peut-être une corrélation à établir, bien qu'on ne trouvât aucune trace de syphilis ancienne ou récente, sur la malade, entre ces tumeurs, qui auraient été alors des syphilomes ovariens, et les accès de céphalalgie dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un traitement composé de frictions mercurielles, d'iodure de potassium et de toniques, fut dès lors prescrit.

Ce traitement fut ainsi institué : Pendant trois mois, chaque mois dix jours de frictions mercurielles ; dix jours de KI (2 à 3 gr. par jour) ; et dix jours de pilules toniques (arsenic, fer, kina,

valériane), concurremment avec des bains sulfureux. L'amélioration fut manifeste dès le deuxième mois. Toutefois, le traitement complet dut être continué de la même manière pendant près d'une année, sans interruption pendant trente jours, ayant été à deux reprises suivi du retour de la céphalée. L'année 1896 s'est ainsi écoulée.

En 1897, la malade a repris de l'iodure de potassium pendant trois mois ; aucun des accidents antérieurs n'a reparu et actuellement elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraisé.

Obs. II. — Le sujet de notre seconde observation, M^{me} B. ., est une forte et grande femme de 35 ans, dont le tissu adipeux s'est très développé depuis quelques années. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 14 ans, et a été régulière et normale pendant trois années à l'issue desquelles elle aurait eu pendant plusieurs mois des pertes assez abondantes. Elle fut alors traitée comme chloro-anémique. Ces troubles ne se sont pas renouvelés pendant quelque temps. Mariée en 1886, elle accouchait deux ans plus tard d'un enfant à terme qui succombait après plusieurs mois, à la suite d'une maladie mal spécifiée. Pendant toute la durée de cette grossesse ainsi qu'après l'accouchement, rien d'anormal ne paraît devoir être relevé dans l'état de santé de M^{me} B..., jusqu'en 1892.

A cette époque, deuxième grossesse et accouchement prématuré à huit mois, attribué par la malade à une injection trop chaude. L'enfant naît vivant et meurt le lendemain ; la cause de la mort est restée ignorée de la mère qui ne nous fournit aucun renseignement à cet égard.

Les suites immédiates des couches furent bonnes ; mais trois

mois plus tard, survint une hémorragie utérine, assez abondante, et, consécutivement, les règles devinrent irrégulières en affectant souvent le caractère de ménorragies.

Il en fut ainsi pendant une année et, à partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus brusquement en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquels même il n'était pas rare de constater un suintement rosé.

C'est alors que le 15 avril 1895, un curettage fut pratiqué par un de nos confrères gynécologues, accoucheur des hôpitaux, et suivi d'une disparition absolue du sang pendant trois mois.

L'écoulement reparaisait ensuite de nouveau, parfois assez abondant, le plus souvent en petite quantité, mais d'une façon presque continue, et pendant les mois de février et de mars 1896 les pertes s'accrurent très notablement. La malade vient alors me consulter.

10 avril 1896. — Malgré les hémorragies qui s'étaient succédées depuis plusieurs années, M^{me} B..., ne paraissait pas affaiblie : elle n'avait pas maigri ; aucun trouble des voies digestives n'existait et, sauf les pertes de sang et un certain état de nervosisme plus accentué depuis quelques mois, elle n'aurait eu aucune raison de se considérer comme une malade.

D'ailleurs elle ne l'était que par ses organes génitaux, car sur le reste du corps, on ne trouvait aucune lésion à noter. L'utérus offrait quelque particularité relevant de la congestion chronique, dont il était le siège. Les lèvres du col étaient molles, œdématiées et un peu congestionnées ; aucune ulcération ne se voyait à leur surface. Par l'orifice externe entr'ouvert, un cathéter traversait facilement la cavité cervicale et pénétrait jusqu'à 9 centimètres de profondeur ; il n'y avait donc pas augmentation de la cavité utérine.

Toutefois l'organe mobile non douloureux et en légère rétroversion était un peu accru de volume dans sa totalité, et sa consistance assez ferme n'éveillait pas cependant l'idée d'une consistance fibreuse ; d'ailleurs on ne sentait à sa périphérie aucune saillie pouvant faire songer à l'existence de productions fibreuses. Les culs-de-sac vaginaux étaient souples et nullement effacés.

Quant aux annexes, explorés par la palpation abdominale, si les trompes ne semblaient pas augmentées de volume (d'ailleurs jamais à aucune époque il n'y avait eu de symptômes de salpingite), les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et plus sensibles à la pression ; leur volume pouvait atteindre celui d'un marron.

En résumé, on ne trouvait chez cette malade aucune lésion (polype, débris placentaires, fibrome, cancer) capable d'expliquer ces hémorragies déjà anciennes et rebelles à de nombreux traitements ; et si l'on eût pu supposer qu'elles fussent dues à des fongosités utérines, bien que rien dans le passé ne vint témoigner en faveur d'une métrite fongueuse, le curettage qui avait été fait en 1895 devait faire rejeter cette hypothèse puisque l'opération n'avait pas été suivie d'un succès durable.

Une altération du sang, par suite de dyscrasie aiguë, ne pouvait être invoquée, car aucune maladie générale infectieuse n'avait atteint la malade ; il n'y avait pas davantage de raisons de faire intervenir, comme facteurs pathogéniques, soit le paludisme (le sulfate de quinine ayant été administré sans succès pendant un certain nombre de semaines), soit l'hémophilie dont aucune manifestation ne s'était montrée. Il ne restait donc qu'une maladie constitutionnelle, une diathèse à incriminer, et, seule, la syphilis pouvait être en cause.

Cependant, la malade n'en présentait ni trace ancienne, ni

manifestation actuelle, et, dans ses antécédents pathologiques, nous n'avions rien découvert qui pût être rapporté à cette maladie. La mort par cause inconnue de son premier enfant et sa fausse couche sans raison bien déterminée plaidaient seules en faveur d'une syphilis ignorée et latente.

Cette hypothèse, que le souvenir de notre première observation renforçait encore, était bien légitime, ainsi que nous l'ont prouvé, d'une part, le résultat du traitement antisiphilitique et, d'autre part, la certitude acquise ultérieurement que le mari de notre malade avait contracté avant son mariage un chancre induré.

Comme chez notre première malade, nous avons prescrit le traitement mercuriel et ioduré : dix jours de friction, dix jours d'iodure (2 gr.) et dix jours de pilules toniques. Ce traitement a été suivi du 10 avril au 20 août 1896, sauf en juin où toute médication fut interrompue.

Dans chacun des mois de mai et de juin, il y eut suppression complète de l'hémorragie pendant quinze jours. En juillet, les règles durèrent treize jours, puis aucun écoulement ne reparut jusqu'au 10 septembre. La malade se trouvait, à cette époque, en Italie, où elle séjourna jusqu'au mois de novembre. Pendant ce temps, elle négligea de reprendre tout traitement, comme je le lui avais conseillé ; aussi les hémorragies reparurent-elles, peu abondantes, mais fréquentes. Les ovaires, bien qu'ayant diminué de volume, étaient cependant encore plus gros qu'à l'état normal.

Le même traitement fut de nouveau administré à partir des premiers jours de décembre et continué pendant quatre mois.

Dès le mois de février 1897, l'hémorragie a cessé de paraître en dehors des époques qui sont devenues et restées très régu-

lières et normales pendant tout le reste de l'année 1897, jusqu'à ce jour. Dans le courant de cette dernière année, la malade, dont l'état de santé est actuellement excellent, a repris environ 50 grammes d'iodure.

En résumé, dans les deux cas que nous venons de relater, nous nous sommes trouvés en présence de deux malades atteintes d'hémorragies utérines sans lésions inflammatoires ou organiques de l'utérus, rebelles aux traitements ordinaires et présentant des ovaires scléreux ou scléro-gommeux, contrôlés tels chez la première par la laparotomie, et très probablement de même nature chez la seconde.

On peut objecter que l'existence d'une syphilis antérieure ne peut pas être affirmée, mais la disparition des accidents généraux, et, en particulier, de la céphalée chez l'une, et la suppression des hémorragies coïncidant avec la diminution des tumeurs ovariennes chez l'autre par la médication mixte antisypilitique, alors que tout autre traitement avait échoué, ne constituent-elles pas des preuves presque incontestables que les accidents étaient bien liés à une lésion d'origine syphilitique ?

Nous savons, il est vrai, que les manifestations ovariennes de la syphilis sont excessivement rares, voire même mises en doute par quelques auteurs. Cependant on en a relaté plusieurs cas contrôlés par l'examen anatomique. Aussi, nous sommes-nous cru autorisé à rapporter ces observations, convaincu que le traitement ayant, une fois de plus, servi de pierre de touche, le diagnostic de syphilome ovarien s'imposait, malgré l'absence de toute manifestation syphilitique et la valeur relative de signes qui sont capables de déceler les lésions spécifiques des ovaires.

Obs. du D^r Saguet. — MÉNORRAGIE UTÉRINE DE NATURE

SYPHILITIQUE. — *Union médicale du Nord-Est*, 31 janvier 1899, n° 2, p. 23.

En septembre 1898, je fus appelé chez M^{me} X..., pour une abondante métrorragie.

La patiente, âgée de 34 ans, étendue sur son lit, les traits d'une pâleur blafarde, le pouls petit et rapide, présentait le facies de malades atteints de grandes hémorragies. Elle put néanmoins, après que je l'eus examinée, puis tamponnée, me raconter que depuis quatre mois ses règles présentaient une abondance telle que sa santé en était fortement compromise.

L'état de faiblesse qui en était la suite lui rendait fort pénible la profession de jardinière.

En remontant dans ses antécédents, j'appris qu'elle avait été réglée à 12 ans, qu'elle s'était mariée à 20 ans et qu'elle avait eu huit grossesses dont l'évolution avait été différente.

Elle avait eu d'abord deux fausses couches de deux à trois mois;

3° Un enfant actuellement âgé de 7 ans et présentant toutes les apparences de la santé ;

4° Une fillette aujourd'hui âgée de 5 ans 1/2 également bien portante, forte et bien constituée ;

5°, 6°, 7° Trois enfants morts de bronchite ou d'athrepsie dans les trois premiers mois de leur naissance ;

8° Un fœtus venu au monde macéré il y a quatre mois.

Depuis cette époque les règles ont reparu avec leur périodicité habituelle, mais elles sont toujours extrêmement abondantes : ce sont de véritables hémorragies profuses, que jusqu'ici l'ergot avait pu arrêter : elles sont toujours indolores. Dans l'intervalle aucun phénomène n'appelle l'attention sur l'organe utérin. Il n'y a pas de pertes blanches, pas de douleurs abdominales.

En pratiquant le toucher, j'ai constaté que l'utérus n'était ni volumineux ni sensible : les annexes sont d'apparence saine et normale. Le col n'est pas ramolli ni même entr'ouvert malgré l'hémorragie, il est plus ferme que l'état de la malade aurait pu le faire supposer.

Le résultat de mon examen me fait rejeter comme étiologie de ces accidents un état inflammatoire de la matrice ou une tumeur : il me paraît plus vraisemblable qu'ils relèvent d'une cause générale.

En raison des fausses couches, de la polyléthalité infantile, de l'existence d'un fœtus macéré, mon attention est attirée du côté de la syphilis.

L'enquête fut plutôt délicate. Le mari, un solide gaillard à qui j'essayai de tirer des confidences, n'admettait même pas qu'on pût le soupçonner. De la femme, je n'appris rien tout d'abord ; je recherchais sur elle, sans trouver, des traces révélatrices de spécificité. L'examen des urines n'a pas révélé la présence de l'albumine ni du sucre.

Huit jours après, je revis cette femme à mon cabinet ; elle m'avoua qu'étant âgée de 16 ans, elle avait contracté une maladie vénérienne avec boutons sur le corps, maux de gorge, et tout le cortège habituel de la syphilis dont elle n'ignorait point la nature et pour laquelle le Dr Moret l'avait traitée au moyen de pilules mercurielles.

Le résultat du traitement spécifique appliqué exclusivement fut véritablement merveilleux : je donnai le premier jour trois grammes d'ergotine ; puis je soumis la malade pendant quinze jours au sirop de Gibert pris à dose de deux cuillerées par jour.

Exactement un mois après l'hémorragie pour laquelle j'avais été appelé et qui avait failli faire mourir la malade, les règles

revinrent normales en quantité. Il n'y eut plus d'hémorragie au sens propre du mot, mais ménorragie banale. La malade fut soumise néanmoins à un nouveau traitement iodo-mercurique de quinze jours suivi du même résultat qui depuis trois mois ne s'est pas démenti.

Obs. de Tripaut (d'Amiens) cité d'après BARTHÉLEMY. — SYPHILIS TERTIAIRE ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME, 1900. Épinal, p. 24.

Il s'agissait d'une femme atteinte de métrite hémorragique *post-partum*, traitée sans succès par les irrigations continues, chaudes, le repos absolu, un triple curettage et le drainage utérin. Malgré l'emploi de tous ces moyens, les hémorragies continuèrent de plus belle. M. Tripaut songeait déjà à proposer l'ablation des ovaires ou l'hystérectomie vaginale, lorsqu'en questionnant la malade, il apprit qu'elle avait eu la syphilis neuf ans auparavant. L'idée lui vint alors d'instituer le traitement mixte, bien que la malade ne présentât aucune manifestation ou stigmates de la vérole. Après huit à dix jours de ce traitement, l'écoulement sanguin diminua manifestement pour disparaître tout à fait au bout de six semaines.

Obs. de Barthélemy. — SYPHILIS TERTIAIRE ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME, 1900. Épinal, p. 31.

Une jeune fille de 20 ans, de mœurs irréprochables, eut une gomme foudroyante de la jambe, sous l'influence d'une hérédosyphilis exclusivement paternelle jusque-là latente. Le traitement mercuriel intensif par les injections intra-fessières d'huile grise fut administré d'urgence et pour la première fois. Or, en

même temps que la lésion cutanée guérissait, il y avait la disparition, non seulement des divers maux de tête mal définis, jusque-là considérés comme de la céphalalgie de croissance, et, dans d'autres cas, comme de la sinusite, mais encore de la dysménorrhée et des pertes rouges durant systématiquement huit jours avec caillots les plus débilitants et contre lesquelles tout autre traitement médical, hydrothérapie, toniques variés, ergot de seigle, quinquina, fer, etc., avait complètement échoué.

Obs. de Doléris, in BARTHÉLEMY. — SYPHILIS TERTIAIRE DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME. Épinal, 1900, p. 15.

Trompes entourées de toutes parts par une gaine fibreuse très développée ; l'épaisseur de cette gaine enveloppante dépassait de plus du double le volume normal de chaque trompe. Le tissu propre et les enveloppes sont entièrement confondus. La même sclérose est développée autour des glandes et surtout autour des vaisseaux ; la sclérose est devenue diffuse comme dans la myométrite hypertrophiante.

Obs. de P.-Q Spinelli — LA SIFILIDE TARDIVA UTERINA. *Archivio Italiano di Ginecologia*. Napoli, 1900, p. 571.

Obs. I. — Ma première observation remonte à octobre 1895. Il s'agissait d'une femme de 55 ans, qui m'a été présentée par un confrère, avec un diagnostic de cancer du corps. La malade avait eu cinq grossesses menées à terme et une grossesse interrompue à six mois. Elle a contracté la syphilis à 41 ans, et quatre ans après elle présenta une périostite gommeuse et des gommes dans les différentes parties du corps.

En janvier 1894, la malade a vu apparaître, après neuf ans d'aménorrhée, un écoulement séreux d'une odeur infecte se

répétant avec des intervalles pour devenir persistant; enfin un mois après elle a présenté des métrorragies abondantes.

Voilà ce qui résulte de mon examen gynécologique: corps de l'utérus légèrement augmenté de volume, de consistance fibreuse, en antéverson, indolore et mobile. Le cathétérisme intra-utérin révèle un épaississement anfractueux de la muqueuse.

Cette exploration n'a pas donné du sang. La malade a été soumise au traitement spécifique qui a donné un bon et persistant résultat.

Obs. II. — La deuxième observation est encore plus importante.

La malade est une femme de 57 ans, multipare, aménorrhéique depuis quatre ans. Sept grossesses menées à terme et une à huit mois. A 36 ans contracte la syphilis du mamelon, contaminé par son enfant qui est devenu syphilitique chez la nourrice. Elle se traite seulement pendant la première année. A la suite d'un coït, la malade fut prise d'une métrorrhagie. Depuis lors elle a présenté des pertes sanguines alternatives avec la leucorrhée d'un mauvais aspect et d'une odeur nauséabonde.

Elle a commencé à dépérir rapidement sans accuser de douleurs d'aucune nature. En février 1897 elle était examinée par un de nos accoucheurs qui porta le diagnostic de carcinome ulcéré du museau de tanche se propageant dans la cavité utérine; utérus immobile « inopérable ».

Au mois de mars, j'ai examiné la malade. A l'examen gynécologique, on constate sur la paroi postérieure du vagin deux nodosités limitées dures, de la grosseur d'une noisette; sous la lèvre postérieure du col, j'ai trouvé une infiltration dure avec ulcération profonde à bords durs et taillés. Le col était immobile à

cause des adhérences qu'il a contractées avec la paroi postérieure. Le corps est petit, atrophie. Durant l'exploration, la malade n'a pas perdu de sang. J'ai formulé le diagnostic de cancer du col de l'utérus et du vagin inopérable, avec des réserves toutefois que la lésion observée peut être de nature syphilitique, et, en présence de contre-indication d'une intervention opératoire quelconque, j'ai consenti à recourir au traitement spécifique à titre d'épreuve.

Pendant un mois de traitement, la malade fut observée par moi. Ma surprise fut grande quand je constatai une amélioration notable de l'infiltration vaginale et utérine. Pour confirmer mieux le diagnostic résultant d'un résultat thérapeutique inespéré, j'ai excisé une partie du col avec l'ulcération. L'examen histologique a démontré la présence d'un tissu néoformé et infiltré avec des granulations gommeuses dans une phase dégénérative.

La malade a continué le traitement mixte. Son état général s'améliorait de plus en plus. Localement, deux mois après, elle a eu une rétraction cicatricielle déformante du vagin et du col. Quelques mois après, la patiente a manifesté des symptômes de syphilis cérébrale. Elle perdit d'abord la parole, ensuite elle a été frappée d'une hémiplegie droite. Elle dépérit rapidement et mourut un an après mon observation.

Obs. III. — E. D..., 38 ans, mariée multipare. Curetée dans ma « Casa di Salute », en septembre 1895 pour une « endométrite hémorragique. »

Après avoir enlevé la muqueuse utérine, on a constaté seulement une légère hyperplasie glandulaire.

Voici ses antécédents : Mère morte d'une maladie du foie. La malade s'est toujours bien portée. Plusieurs fausses couches après le mariage. Le mari eut la syphilis et il fut soumis au

traitement spécifique. Devenue enceinte sitôt après le mariage, elle a pu mener à terme la grossesse grâce au traitement spécifique. L'enfant est mort quelques jours après la naissance. Deux autres grossesses à terme. Un enfant est mort quelques mois après, l'autre est chétif et maladif.

A la suite des fausses couches, les règles sont devenues ménorragiques. Malgré le traitement médical pendant deux ans, les menstruations n'ont pas cessé d'être extrêmement abondantes pendant dix à seize jours.

A l'examen gynécologique, j'ai trouvé l'utérus plus augmenté de volume, de coloration congestive et légèrement abaissé avec une forte antéversion. Les annexes sont palpables, mais indolores ; j'ai pratiqué un curettage dont elle s'est bien trouvée pendant trois mois. Depuis, peu à peu, les ménorragies d'abord et les métrorragies ensuite ont recommencé. J'ai soumis la malade aux injections d'ergotine, à la médication astringente intra-utérine. Tout fut inutile. La malade a fait une cure aux bains de Castellamare.

Les ménorragies se répétaient toujours et on avait commencé à discuter l'opportunité d'une hystérectomie, quand, me souvenant du résultat thérapeutique obtenu chez la malade dont l'histoire fait le sujet de l'observation n° 2, j'ai eu l'idée de soumettre cette dame au traitement mixte iodo-mercuriel.

Trois mois après les règles, toujours un peu abondantes, ont été d'abord régularisées, comme durée (4 jours).

Actuellement, la malade a 44 ans et ses règles sont tout ce qu'il y a de plus régulier.

Obs. IV. — C. C..., 35 ans, habitant à Naples, multipare, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel. Toujours

bien réglée jusqu'à l'époque de son mariage (17 ans), quand elle fut contaminée par la syphilis, par son mari. Elle eut cinq grossesses, toutes interrompues au septième mois.

Il y a trois ans, elle a souffert d'une longue maladie avec des localisations sur les différentes régions du corps (os, genou gauche, coude droit) avec douleurs et suppurations. Elle fut soignée par le professeur De Amicis. La malade a fait pendant plusieurs années la cure iodo-mercurique.

La maladie actuelle consiste dans une ménorrhagie profuse qui a commencé il y a environ trois ans.

D'abord les règles ont été de courte durée et peu abondantes. Peu à peu, elles sont devenues très fréquentes, à tel point que la patiente restait sans perdre quelques jours seulement pendant le mois.

Il est à remarquer que quand le sang devenait moins abondant, le coït, la défécation, une promenade en voiture, et n'importe quel effort, faisaient réapparaître le sang. Le sang est d'une couleur noir verdâtre et d'une odeur infecte.

L'examen gynécologique a fait constater : utérus augmenté de volume, en antéversion un peu exagérée. Rien sur le museau de tanche, sauf la consistance dure et scléreuse des tissus. Le cathétérisme intra-utérin révèle seulement une fragilité de la muqueuse utérine. Les annexes sont accessibles, mais indolores.

J'ai fait le diagnostic d'endométrite à type hémorragique, et j'ai conseillé le curettage. Sur la muqueuse enlevée je n'ai rien trouvé d'anormal. Pendant quatre mois, après le curettage, la malade se portait bien. Les règles étaient peu abondantes et reprenant à des époques régulières. Ultérieurement, elles sont devenues de nouveau abondantes et fréquentes, elle a com-

mencé à perdre après un effort quelconque et après le coït.

Consulté cette fois sur l'opportunité de recourir à un nouveau curettage, j'ai conseillé l'hystérectomie. Étant donné qu'avant de venir me consulter, la malade présentait dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur qui était considérée par le professeur de Amicis comme une gomme syphilitique, avant de recourir à l'opération, j'ai conseillé le traitement antisiphilitique.

La malade l'a fait avec succès. Les menstruations se sont régularisées comme époque, durée et quantité de sang. Le sang était toujours noir et d'une odeur pénétrante.

Obs. V. — A. P..., 39 ans, opérée pour un kystome de l'ovaire gauche en 1898. Après le mariage fut contaminée par la syphilis.

Vient consulter deux ans après l'opération pour des métrorragies qui déjà durent depuis plus d'un mois. A l'examen on note l'utérus petit et en antéverson. Rien dans la fosse iliaque. Annexes superficiellement saines. On prescrit le traitement iodo-mercuriel, disparition des métrorragies et régularisation des règles au bout d'un mois.

Obs. VI. — M. C..., habitant Naples, 58 ans, multipare.

Deux ans après le mariage, a eu la syphilis.

Avant la contagion, avait une grossesse. Ensuite, 7 fausses couches en quinze ans. Ménopause à 44 ans.

Il y a environ huit mois que la maladie actuelle a commencé. Pendant trois mois, elle a eu un écoulement leucorrhéique d'une odeur nauséabonde ; ensuite sont venues les hémorragies. Les pertes sanguines se répétaient à intervalles de huit à quinze jours.

Examinant la malade en décembre 1897, je n'ai pas trouvé d'atrophie sénile des lèvres, ni du col et du corps utérin. Rien dans les annexes. En l'absence de diagnostic, j'ai pratiqué un curettage. J'ai amené seulement les détritits de la muqueuse. J'ai soumis la malade au traitement iodo-mercuriel. Elle s'en trouva bien pendant six mois. Un jour elle fut prise, à la suite d'un effort, d'une perte sanguine qui dura deux jours. De nouveau, traitement mixte. Depuis ce moment, elle n'eut pas d'autres récidives. J'ai revu la malade il y a quelques mois, elle se portait bien.

Obs. VII. — C. N..., habitant Santa Agata dei Goti, 59 ans, a eu la syphilis tout de suite après le mariage. Elle eut ensuite une série interminable de fausses couches. Ménopause à 47 ans. A peu près un an après la ménopause, elle avait des pertes rougeâtres qui se répétaient à longs intervalles. Il y a un an, la malade a vu apparaître les hémorragies intercurrentes et subites alternant avec un écoulement séreux d'odeur pénétrante et rance. Débilité et pâleur. J'examine la malade en mars 1898. J'ai trouvé l'utérus petit et fibreux ; annexes normaux.

L'exploration de la cavité utérine fut toute négative. La malade sort de l'hôpital avec une prescription du traitement iodo-mercurique. Depuis ce moment, elle se porte bien. En juillet de l'année dernière la malade avait une perte séro-sanguinolente et vint pour se faire examiner. Rien de nouveau. J'ai prescrit de nouveau le traitement mixte.

Obs. VIII. — C..., habitant Capua, 57 ans, syphilitique depuis l'âge de 39 ans. Avant d'être contaminée six grossesses à terme. Ménopause à 43 ans. Depuis deux ans, elle présente un écou-

lement leucorrhéique, fétide et depuis sept mois un suintement sanguinolent alternant avec des hémorragies modérées. Cachexie et débilité.

Examinée en septembre 1899: Rien d'appréciable à l'examen des organes génitaux internes, sinon une atrophie marquée des lèvres du col et du corps utérin. J'ai prescrit le traitement iodo-mercuriel qui fut suivi pendant cinq mois. Depuis deux mois, disparition des pertes sanguinolentes. Au cours de l'année, le traitement fut répété.

Actuellement bien portante.

Obs. IX. — Cas de date récente. Il s'agissait d'une malade de 63 ans, dont l'histoire fut rapportée par le Dr Parmenide Ricci. Elle avait eu plusieurs filles. Les antécédents syphilitiques sont douteux, bien qu'on retrouve quelques signes (chute de cheveux). Ménopause à 45 ans. Au mois de juillet 1900, elle a eu une perte sanguine qui se continua deux mois environ. Cachexie. Fut examinée à la fin de septembre et j'ai constaté l'atrophie des lèvres, du col et une légère augmentation du corps. Rien aux annexes. Le sondage intra-utérin ne m'a rien révélé de spécial. Soumise au traitement iodo-mercuriel, elle a vu disparaître les hémorragies depuis quatre jours. Au commencement de décembre, les pertes ont apparu et ont de nouveau disparu sous l'influence du traitement spécifique.

Obs. de Polaillon. — *Salpingo-ovarite syphilitique (Mal. des femmes, Paris, 1901, p. 524).* Cité par Pichevin.

Une femme de 27 ans, ne portant pas de trace de syphilis, accouche à terme d'un enfant à l'âge de 19 ans. A 25 ans, cette même femme fait une fausse couche de deux mois et demi. Elle

a une pelvipéritonite trois mois après. Les règles deviennent irrégulières et douloureuses. Polaillon trouve un utérus gros, un peu abaissé et un peu douloureux. Au-dessus du cul-de-sac gauche, existe une tumeur dure, douloureuse, du volume d'un œuf de poule. A droite, l'empâtement et la douleur sont moindres. Le diagnostic est double ovaro-salpingite subaiguë.

On met la malade à l'usage des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Trois semaines après l'ovaro-salpingite droite avait disparu et l'ovaro-salpingite gauche était en voie de résolution.

Trois ans après, cette femme a une fausse couche et une métrorrhagie qui dure cinq semaines. Les ovaro-salpingites sont guéries.

Obs. d'Ozenne. — *Un nouveau cas d'hémorragie utérine d'origine syphilitique. Angio-sclérose utérine probable de la région cervicale. (Bull. de la Soc. méd. du IX^e arrondissement, t. XVIII, 1901, p. 193, séance du 12 décembre.)*

Obs. III. — Il y a environ six semaines, notre excellent confrère, le Dr Perrier (d'Asnières), me demandait de voir une de ses clientes atteinte depuis trois semaines d'hémorragies utérines. Cette femme, âgée de 42 ans, de constitution moyenne et d'apparence arthritique, n'avait eu à sa connaissance d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde il y a une quinzaine d'années. Depuis cette époque, sa santé s'est conservée excellente et, pour les organes génitaux en particulier, aucun trouble fonctionnel n'avait été observé.

Les règles avaient été normales et régulières sans être précédées ni suivies d'aucun écoulement leucorrhéique.

Au mois de septembre dernier, elles étaient apparues comme

d'habitude, à leur date normale, mais au lieu de se terminer le quatrième ou le cinquième jour, elles avaient continué. Dans les trois semaines qui suivirent, l'écoulement sanguin avait persisté en ne s'interrompant quelquefois que pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, mais pour reprendre avec plus d'intensité, malgré l'emploi des injections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Pendant les premiers jours de cette hémorragie, l'écoulement s'était produit sans s'accompagner de douleurs. Dans la dernière semaine, des douleurs étaient apparues principalement dans la région sus-pubienne et n'avaient pas été calmées par l'application du sac de glace. Jamais cet écoulement n'avait présenté d'odeur néoplasique, jamais il n'y avait eu la moindre élévation de température et rien ne pouvait faire présumer l'évolution d'une fausse couche.

Examen actuel : malade pâle, affaiblie, offrant le facies des hémorragiques.

Pouls petit et rapide (85), température 37°. Abdomen dépressible, légèrement ballonné, douloureux à la pression au-dessus du pubis. A la palpation, l'utérus, un peu sensible ne paraît pas volumineux. Aucune tuméfaction ni sensibilité dans les fosses iliaques. Au toucher vaginal, col presque fermé, dirigé en arrière, dur et augmenté de volume dans sa lèvre antérieure. Corps mobile et de grosseur normale, sensible aux mouvements communiqués. Culs-de-sac libres et souples. Le toucher et la palpation abdominale combinés n'accusent aucune lésion apparente des ovaires et des trompes. Le toucher rectal est négatif et sur le reste du corps on ne relève aucune lésion.

Dans le but d'établir le diagnostic incertain entre un petit fibrome sous-muqueux de la région cervicale, un polype ou un

néoplasme débutant de la muqueuse utérine, nous informons la malade qu'une exploration intra-utérine précédée de dilatation serait nécessaire.

Cette exploration ayant été refusée et l'hémorragie paraissant avoir diminué depuis vingt-quatre heures, nous prescrivons des injections d'ergotine Tanret, matin et soir. Ces injections furent renouvelées pendant trois jours sans résultat efficace.

L'examen complet de l'utérus s'imposait alors et nous le pratiquons dans les premiers jours de novembre, avec l'intention, s'il paraît indiqué, de faire un curettage.

Après cathétérisme (8 centim.) et dilatation rapide insuffisante, l'exploration digitale montre qu'il n'existe ni polype, ni fibrome du corps, que la muqueuse n'est pas fongueuse et que la lèvre antérieure du col est seule dure et épaissie, donnant plutôt l'impression d'une infiltration fibroïde que d'un fibrome contenu dans son épaisseur.

Dans ces conditions un curettage paraissait peu indiqué ; aussi après avoir constaté que la curette ne ramenait que de minces débris de muqueuse, l'ai-je rapidement abandonnée, d'autant plus vite qu'en ce moment l'idée m'était venue que la syphilis pourrait être la cause de ces hémorragies.

La malade une fois pansée, je l'ai de nouveau interrogée plus complètement (ce que j'aurais dû faire plus tôt), et j'ai appris que, de 18 à 23 ans, elle avait eu trois enfants dont deux étaient morts « plaqués », peu après la naissance, et dont le troisième avait succombé à l'âge de 1 an à une soi-disant méningite. Quant à elle-même elle avait éprouvé vers la même époque des maux de tête assez violents. Depuis lors, ils avaient disparu. Ces renseignements me furent confirmés par le mari, dont la jeunesse, me dit-il, avait été « chancreuse ».

Tout cela était suffisant pour me donner quelque espoir dans l'efficacité du traitement spécifique ; mais avant de le faire mettre en pratique j'ai voulu m'assurer que les hémorragies ne cesseraient pas par le fait de l'effleurage de ma curette. J'ai donc attendu quelques jours, après lesquels l'hémorragie a reparu, dès que l'utérus a cessé d'être tamponné.

Des frictions à l'onguent napolitain ont alors été prescrites suivant le *modus faciendi* ordinaire ; à partir de la quatrième, l'écoulement sanguin a diminué et le septième jour il a totalement disparu. Le mercure paraît donc avoir été réellement efficace dans cette circonstance.

Après quinze jours de frictions et d'une médication tonique, le traitement a été interrompu. Les règles se sont montrées peu après. Elles n'ont duré que quatre jours et se sont arrêtées, spontanément. Actuellement, je viens de faire reprendre le même traitement à la malade, en me proposant de la suivre.

Obs. de Théodore Morisani. — *CONTRIBUTO ALLA CONOS-
CENZA DELLA SIFILIDE UTERINA TARDIVA. Archivio di ostetrica e
gynecologia*, 1901, p. 27.

Maria S..., de Villarica, âgée de 40 ans, est venue me consulter pour des hémorragies graves. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 12 ans ; celles-ci ont toujours été régulières, se succédant à des intervalles normaux. Il n'y a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans, elle fut syphilisée par son mari, et fut soumise au traitement spécifique. La première grossesse eut lieu à 23 ans, c'est-à-dire trois ans après le mariage, et fut interrompue au septième mois par l'extraction au forceps d'un fœtus mort. Il y a eu cinq autres grossesses qui se passèrent de la même

manière que la première. Passé cette période de fécondité, la malade déclare que la fonction menstruelle se maintint régulière jusqu'à l'âge de 37 ans, les époques étant égales en quantité et en durée, et séparées par des intervalles menstruels normaux.

Les premiers troubles commencèrent trois ans plus tard ; d'abord ce furent des époques un peu abondantes, mais indolores qui devinrent au bout d'un an et peu à peu de véritables hémorragies, d'une durée variable de sept à dix jours. Dans les intervalles des époques, il n'y avait pas de pertes de sang.

La malade à cette époque a subi un curetage sur l'avis d'un spécialiste qu'elle a consulté. A la suite de ce curetage, la malade eut de l'aménorrhée qui dura trois mois, au point de faire croire à une guérison.

Quatre mois après l'intervention, les pertes rouges ont recommencé et c'est pour ces pertes que la malade est venue me consulter. J'ai trouvé une femme pâle, se tenant à peine debout. Ce sont de grandes pertes de sang, dit-elle, qui l'ont réduite à un tel état. Les organes thoraco-abdominaux sont normaux. Sur le côté du cou et dans les deux régions inguinales, je remarque de la polyadénite. Les ganglions épitrochléens sont manifestes.

Voici, en résumé, les résultats de l'exploration des organes génitaux.

A la palpation, je ne sens rien d'anormal dans la région hypogastrique ; le fond de l'utérus se perçoit difficilement, et ne s'élève pas au-dessus du plan du détroit supérieur du bassin. Il n'y a aucune sensibilité douloureuse à la pression, soit dans la ligne blanche, soit au niveau de la fosse iliaque.

En pratiquant l'examen combiné vagino-abdominal, je constate que le col de l'utérus est légèrement augmenté de volume, d'une consistance un peu plus résistante qu'à l'état physiologi-

que, d'une longueur à peu près normale, et qu'il est plus ramolli à l'arc pelvien antérieur. Le museau de tanche regarde en avant et légèrement en haut, son contour présente quelques inégalités et des restes d'anciennes lacérations. L'extrémité du doigt explorateur pénètre dans le canal cervical, et avec une légère violence atteint l'orifice interne, mais sans le dépasser, en constatant dans ce trajet quelques petites inégalités.

Les parois vaginales sont lisses, ayant conservé leur élasticité normale. Le corps de l'utérus a augmenté de volume, un tiers en plus de l'état normal; il est légèrement couché en rétroversion, de consistance un peu plus grande et de forme globuleuse. Il a conservé toute sa mobilité. Des deux côtés, on sent les annexes fuyant à peine sous les doigts, indolentes sous la pression, et semblant être de volume normal. L'examen combiné recto-abdominal confirme les résultats obtenus avec l'examen vagino-abdominal, au point de vue des conditions dans lesquelles se trouve l'utérus et montre que le paramétrium est libre, en même temps que les ligaments larges ont conservé leur élasticité ordinaire.

Après avoir désinfecté le vagin et le museau de tanche, et fixé le col avec une pince à deux dents, je pratique le cathétérisme utérin; l'hystéromètre pénètre de 7 cm. 1/2 dans une cavité à concavité postérieure. En parcourant avec le bouton la superficie de la muqueuse de l'organe, je ne rencontre pas de fongosité; au contraire, il semble que le bouton de l'instrument trouve une résistance un peu plus grande que la normale. Je fais en même temps l'examen rectal, afin de pouvoir apprécier l'épaisseur de la paroi postérieure de l'organe, — laquelle me semble être uniformément épaissie.

Pendant l'examen, il y a eu peu de douleurs, et la femme a

perdu une petite quantité de sang. Le manque de lésions graves des annexes et celles manifestes de l'utérus me conduisent à admettre l'existence d'une endométrite ou d'un commencement de cancer. Et comme, au dire de la malade, il n'a pas été fait d'examen microscopique des parties de muqueuses obtenues par la curette, je suis convaincu et me décide à répéter le râclage de l'endomètre qui a pu être insuffisant dans le premier cas. Ce traitement me permettra d'admettre ou d'exclure une affection maligne de la muqueuse qui m'expliquera nettement la cause des pertes de sang, et en provoquant le sommeil je pourrai faire une observation plus minutieuse.

Le sommeil provoqué, mon observation n'a eu qu'un résultat négatif; pendant l'opération, en effet, il s'est produit une hémorragie importante que j'ai arrêtée à l'aide d'une injection de perchlorure de fer dans l'utérus et de tampons. La curette ne m'a apporté que quelques fragments de muqueuse, dont l'examen histologique ne m'a fourni aucune donnée pouvant faire croire à l'existence d'une dégénérescence maligne.

Malgré cette intervention, les hémorragies réapparurent quinze jours après, plus fortes que jamais, et pour cette raison la malade vint de nouveau me consulter, quatre mois après. En raison de la fréquence et de la quantité des pertes, la possibilité de l'existence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse étant exclue; en me basant sur la légère augmentation de volume de l'utérus et sur le plus grand épaissement de la paroi postérieure; devant le manque de lésions appréciables auxquelles attribuer les pertes, je fus porté à croire à la présence d'un petit corps fibreux interstitiel, et en même temps à admettre l'existence d'une forme de métrite hémorragique avec altération profonde des vaisseaux de l'utérus, conséquence

admissible de l'artério-sclérose que la syphilis, existant dans le cadre nosologique de la malade, pouvait avoir donnée comme manifestation tertiaire et tardive. Dans l'un et l'autre cas, l'hystérectomie me parut indiquée.

Le sommeil chloroformique obtenu tout d'abord, je pratiquai l'opération en mai 1898, assisté de mes collègues Rondino et De Renzi, suivant le procédé de l'hémisection antérieure. L'intervention chirurgicale dura trente minutes. Vingt jours après l'opération, tout traitement fut cessé, la plaie vaginale étant complètement fermée. Il n'y eut pas de fièvre post-opératoire.

La malade s'est rétablie peu à peu, étant données les conditions générales assez graves et l'extrême anémie.

J'ai revu la malade deux mois après l'opération et son état m'a semblé assez satisfaisant.

Examen macroscopique des pièces. — L'utérus est d'un volume double de celui de l'état normal, ses parois sont un peu épaissies. En faisant une coupe à travers le tissu musculaire et en différents points, et en observant avec un verre grossissant on constate l'absence de production fibreuse. La muqueuse paraît épaissie en certains points, en d'autres elle semble être un peu discontinue; il n'y a pas de fongosité apparente. Les annexes sont de volume normal.

Examen microscopique. — Les pièces, fixées dans la formaline, ont été préparées et colorées suivant des méthodes différentes.

La muqueuse se montre un peu épaissie, elle offre de nombreuses érosions et est continue. L'épithélium cylindrique est complètement divisé. Les glandes sont légèrement dilatées et conservent leurs épithéliums.

Le tissu conjonctif sous-épithélial est hyperplastique. On y

rencontre des foyers hémorragiques. Dans le myomètre on trouve une prolifération anormale des éléments du tissu conjonctif interstitiel, de telle sorte que les faisceaux musculaires sont notablement dissociés et éloignés les uns des autres. Ce tissu conjonctif est en quelques points plus rare, en d'autres il est plus compact.

Entre les faisceaux musculaires, il existe de nombreux extravasats sanguins. Les espaces lymphatiques se montrent aussi dilatés.

Les vaisseaux apparaissent plus nombreux, et la plus grande partie ont leurs parois épaissies. Cet épaississement est dû surtout à la tunique interne, anormalement grossie et hyperplastique, avec infiltration profonde de petites cellules. Dans les artères plus volumineuses, il y a une grande prolifération évidente de tissu conjonctif sous-endothélial de la tunique interne. Dans cette couche, on remarque une richesse anormale de fibres élastiques, qui sont entrelacées en tous sens et forment en quelques points de véritables amas. La membrane élastique est nettement visible, disposée en festons. En quelques places, il semble que la prolifération des éléments élastiques tend à envahir la tunique musculaire sus-jacente. Il y a entre la tunique interne et la couche élastique, dans les vaisseaux de plus gros calibre, quelques courtes attaches de continuité.

La tunique médiane est plutôt mince, et les faisceaux fibromusculaires n'apparaissent pas nettement. Leurs noyaux batonéiformes ne sont pas toujours clairement visibles. En général, on voit que toute la couche musculaire est réduite à une masse homogène, sans traces de structure et qu'elle réagit faiblement aux colorations ordinaires. L'adventice est fortement hyperplastique, de manière à former comme une gaine fibreuse, entourant

les vaisseaux ; elle se continue avec les trames conjonctives qui sont, comme nous l'avons déjà dit, notablement augmentées de volume. Elle se montre infiltrée d'éléments jeunes, petits et ronds, qui sont plus restreints dans les couches internes, plus accentués dans les couches externes. Dans les veines, on observe des altérations identiques, et, comme dans celles-ci, la couche musculaire est naturellement plus mince, il est d'autant plus évident qu'il y a prépondérance du tissu conjonctif. Dans les vaisseaux de volume plus petit, on constate que les altérations se trouvent surtout dans l'adventice, qui apparaît fortement épaissie et infiltrée d'éléments jeunes. Dans ceux-ci la tunique intime se montre partiellement intéressée. Dans quelques préparations, la tunique interne, fortement épaissie, a atteint la phase fibreuse.

Obs. de Paul Petit. — *Semaine gynécologique*, 1901, p. 20.

Il s'agit d'une femme chez laquelle le traitement spécial n'avait été institué qu'en pleine période d'accidents tertiaires assez graves. Cette femme présentait des métrorragies quasi-continues et parfois très abondantes. A un premier curettage, j'enlevai une muqueuse qui pouvait passer pour fongueuse. Mais les hémorragies s'étant renouvelées après un assez court répit, un second curettage n'amena aucune sorte de fongosité. L'utérus était de petit volume comme c'est l'ordinaire chez les femmes obèses (et celle-ci l'était à l'extrême), probablement aussi du fait de l'infection syphilitique elle-même ; il n'y avait ni dans le petit bassin, ni ailleurs, aucune lésion pouvant expliquer ces pertes. Le traitement spécifique resta sans résultat, peut-être par défaut d'intensité, peut-être aussi parce que les lésions étaient arrivées à un degré trop avancé. La malade fut perdue

de vue alors que l'hystérectomie allait lui être proposée.

Obs. d'E. Ozenne. — UN NOUVEAU CAS DE MÉTRORRAGIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE. Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Origine syphilitique probable de cette dégénérescence. *La syphilis*, Paris, 1904, p. 217, et la *Semaine gynécologique*, 1903, p. 337.

Obs. IV. — Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans dont la menstruation avait toujours été normale jusqu'à son mariage en 1894, qui fut bientôt suivi d'une fausse couche. Depuis cette époque, sa santé a laissé fort à désirer, quoique aucun symptôme de la maladie bien caractérisé n'ait été relevé. Mais cette femme, autrefois forte, se sentait souvent faible et parfois languissante ; de plus, les règles avaient cessé d'être régulières, elles retardaient fréquemment de quatre à cinq jours sur l'époque à laquelle elles auraient dû paraître, et fréquemment elles se prolongeaient pendant huit à dix jours, c'est-à-dire un laps de temps double de ce qui avait lieu avant le mariage ; entre temps il n'était même pas rare de voir se montrer un suintement sanguinolent.

Depuis une année, de véritables hémorragies faisaient irruption deux fois par mois et lorsque j'ai été appelé à visiter cette malade avec M. le Dr Guillaume (de Nanterre), ces pertes de sang n'avaient pas cessé depuis plusieurs semaines.

13 mai 1902. — Malade est pâle, fatiguée, et dit avoir notablement maigri dans les derniers mois. L'examen général ne révèle rien qui puisse avoir quelques rapports avec les métrorragies. L'utérus et les ovaires sont les seuls organes à mettre en cause. La palpation des fosses iliaques, indolente à droite et un peu douloureuse à gauche, démontre que les ovaires sont

augmentés de volume. L'utérus occupe la ligne médiane et paraît peu volumineux. Au toucher vaginal, on trouve le col mou et légèrement entr'ouvert. De sa cavité sort un peu de sang. Le corps, en rétroversion, est mobile, dur, et sans altération appréciable. Les culs-de-sac sont libres et souples. Toucher rectal négatif. Le cathétérisme utérin, que je pratique quelques jours plus tard en plaçant une tige de laminaire, donne 8 centimètres comme profondeur de la cavité.

Le 20 mai. — Le curettage est pratiqué après l'exploration de cette cavité dont la muqueuse donne une sensation veloutée, mais non fongueuse, ce qui fait douter du succès de l'intervention. Elle a lieu sans incidents consécutifs et pendant trois mois nous croyons à la guérison, car les règles ont reparu à l'époque fixe et sont peu prolongées ; mais, à partir du mois d'août, le suintement sanguin revient, sinon aussi abondant qu'autrefois, et d'une façon continue, du moins à intervalles assez rapprochés, prenant chez cette malade le caractère intermittent qui est assez fréquent, lorsque la pathogénie doit en être rapportée à une lésion ovarienne plutôt qu'utérine. Ne pouvant soupçonner, comme cause de cette hémorragie qu'une syphilis silencieuse sous tous les autres rapports, et encouragé dans cette idée par la relation de quelques accidents antérieurs mal définis chez le mari de cette malade, nous avons prescrit d'abord des frictions mercurielles pendant une période de trois mois avec suspension de quelques jours chaque mois, puis trois pilules de sublimé par jour pendant les premiers mois de cette année.

Sous l'influence de cette médication, les hémorragies ont cessé de se produire, et depuis le mois de janvier la menstruation a repris son cours normal et régulier ; l'état général s'est

rapidement relevé et la malade a notablement engraisé. Quant aux ovaires, ils ont diminué de volume, tout en restant néanmoins facilement perceptibles par la palpation abdominale.

Obs. du Dr Jeanne. — A PROPOS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE PÉRI-UTÉRINE. (IV^e Congrès périodique de gynécol., d'obstétrique et de pédiatrie. Rouen, avril 1904.)

M^{me} F..., âgée de 49 ans, règles régulières, a eu deux grossesses normales. Il y a plusieurs années, elle a présenté sur la peau de la poitrine une éruption quand le Dr Gilbert, du Havre, la déclara être syphilitique.

En l'année 1897, elle est prise d'un gonflement énorme et douloureux de la région sus-hyoïdienne latérale droite, qu'on localise dans la glande sous-maxillaire, et qui atteint le maximum de son développement en l'espace de trois jours. Les douleurs étaient des plus fortes, la déglutition quasi-impossible, et tous les traitements restaient infructueux. Cette pénible situation dura, sans changement notable, pendant trois semaines au bout desquelles la malade s'avisa de prendre du sirop dépuratif à base d'iode de potassium, et d'appliquer un emplâtre de Vigo sur son mal. Huit jours après, celui-ci avait disparu.

En 1898, une tuméfaction apparaît dans la moitié gauche de la région hypogastrique, à la limite de la fosse iliaque sur laquelle elle empiète; en douze jours, elle atteint le volume d'une petite tête d'enfant; elle est douloureuse, s'accompagne de dysurie et même d'impossibilité complète d'uriner; la température est à 39°. Un chirurgien diagnostiqua un gros abcès d'origine annexielle, et préconisa, sans restriction une intervention d'urgence qui n'est pas acceptée. La malade prend de nouveau son sirop « dépuratif » et applique une large emplâtre de Vigo sur le ven-

tre ; au bout de quinze jours de traitement, elle se trouve guérie.

Deux ans plus tard, en novembre 1900, je la vois pour la première fois, parce qu'elle souffre du bas-ventre. Elle paraît d'ailleurs assez bien portante, quoiqu'elle garde le lit. Par le palper et le toucher combinés, je trouve dans les culs-de-sac latéraux, de chaque côté, deux masses arrondies accolées à l'organe sans lui être soudées, celle de gauche un peu plus éloignée ; elles ont à peu près le même volume, qui est celui d'une mandarine. Elles sont fermes, non rénitentes, bien limitées ; l'exploration en est facile, car elles sont plutôt sensibles que véritablement douloureuses. De plus, il existe une autre masse dans le cul-de-sac antérieur, de même grosseur, de même consistance que celles des côtés, toutefois plus étroitement unie à l'utérus, car les mouvements imprimés à cet organe lui sont quasi-intégralement transmis.

Le cul-de-sac postérieur est libre.

En résumé, il y a trois tumeurs extrêmement nettes, indépendantes l'une de l'autre, contenant les côtés et la face antérieure de l'utérus et contiguës à celui-ci. Il paraît gros lui-même, le col un peu dévié à gauche. Quel diagnostic fallait-il porter ? La consistance, la forme, la nette délimitation, le peu de douleur plaident en faveur de fibromes du ligament large, para-utérin. D'autre part, me rappelant les accidents survenus deux ans auparavant, je me demandai s'il n'y avait pas à la fois, sur les côtés, une salpingite double, et en avant un fibrome de la face antérieure de l'utérus. En tout état de cause, je conseillai l'intervention.

Mais, comme la malade, fort intelligente, revenait à plaisir sur le soulagement et la guérison rapide que lui avaient autrefois

procurés son fameux sirop « dépuratif » et l'emplâtre de Vigo, je conseillai à tout hasard des injections hypodermiques d'un sel mercuriel soluble qui sont faites quotidiennement de façon fort régulière par le Dr Cornet.

Trois semaines après le début du traitement, cette femme revient se soumettre à mon examen, et, à ma stupéfaction, il n'y a plus trace de tumeur. Le cul-de-sac antérieur est absolument vide ; seuls les culs-de-sac latéraux n'ont pas encore repris une souplesse normale et paraissent infiltrés et épaissis.

Le traitement fut continué quelques semaines encore, puis suspendu dans le courant de janvier.

Mais le 3 avril 1901, nouvel épisode ; la malade vient me retrouver et m'apprend que depuis quelques jours elle se sent prise comme elle l'avait été précédemment, qu'elle a la bouche pâteuse, qu'elle manque d'appétit et qu'elle ressent dans le bas ventre des douleurs qui irradient le long de la cuisse gauche, de l'endolorissement, de la fatigue dans la région lombaire ; la friction est douloureuse. Je l'examine, et je trouve le cul-de-sac droit douloureux, le cul-de-sac antérieur occupé par une masse immobile, grosse comme une noix, douloureuse ; le cul-de-sac gauche, enfin, contient une tumeur un peu plus volumineuse, douloureuse aussi, résistante, autant que je puis m'en assurer, en raison de la douleur. En somme, à part une légère différence de volume et l'absence de toute tumeur à droite, le tableau est le même que cinq mois auparavant. Depuis trois mois, la patiente n'avait pas souffert, ses règles étaient restées régulières. Cette fois, comme elle manifestait quelque répugnance pour les injections hypodermiques, je prescrivis 2, puis 4, puis 6 grammes d'iode de potassium, des applications d'emplâtres de Vigo sur le bas ventre.

Le résultat ne se fit pas attendre : au bout de quelques jours, tumeurs et douleurs avaient disparu, la guérison était de nouveau obtenue.

J'ai su, depuis, que l'année suivante des accidents semblables avaient reparu et cédé encore à l'administration de sirop d'iodure et d'applications de Vigo.

Depuis lors, la malade n'a plus consulté son médecin et vaque régulièrement à ses occupations.

En résumé, une femme de bonne santé habituelle, d'un âge voisin de la ménopause, est prise quatre ou cinq fois, dans l'espace de quatre ou cinq années, d'*accidents analogues aux salpingo-ovarites banales*.

Les caractères physiques sont semblables et les symptômes fonctionnels diffèrent assez peu ; une fois même un chirurgien propose l'ouverture d'urgence d'un de ces foyers. Et chaque fois, le traitement mercuriel et ioduré a raison de ces tumeurs, qui fondent sous son influence avec une rapidité merveilleuse, à tel point que la malade finit par l'appliquer spontanément, sans l'avis de son médecin.

Obs. de Wassilieff. — Chirurgien à l'Hôpital de Saint-Cloud. Essai clinique sur les salpingites syphilitiques. « *Bulletin annuel de la Société médicale du IX^e arrondissement.* » 1904. Tome XXI, séance du 9 juin, p. 143.

Obs. I. — M^{me} S... vient me consulter parce qu'elle éprouve depuis plusieurs mois des douleurs dans le bas ventre et parce que ses règles, devenues plus abondantes qu'autrefois, se montrent aussi à intervalles très rapprochés.

Agée de 70 ans elle n'a fait aucune maladie jusqu'à son mariage. Elle a accouché à 21 ans d'une fille encore vivante et se por-

tant bien ; elle n'a pas eu de fausse couche. A l'âge de 28 ans, elle a eu, dit-elle, de l'eczéma, qui a disparu en deux mois.

Depuis elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de janvier 1896, époque à laquelle elle s'aperçut de légères douleurs dans le côté droit du bas ventre. Ces douleurs, très peu fortes, duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour quinze jours, ou trois semaines pour se reproduire, durer alors plus longtemps avec plus d'acuité et disparaître à nouveau, mais pour un temps moindre que la fois précédente.

Ainsi les douleurs augmentaient de durée, d'intensité, en même temps que l'intervalle de deux crises devenait plus court.

Au bout de trois mois, en avril 1896, des douleurs sourdes se firent sentir dans le côté gauche et affectèrent la même marche que celles du côté droit, si bien qu'à la fin de juillet 1896, les douleurs devinrent continues avec exacerbations de plus en plus fréquentes. Elles ne s'accompagnaient ni de ballonnement du ventre, ni de nausées, ni de vomissements. Il y avait perte de l'appétit, amaigrissement peu prononcé, accompagné d'une tristesse invincible.

Les douleurs étaient, point à remarquer, plus intenses la nuit et interrompaient fréquemment le sommeil. Les mictions ne sont pas plus fréquentes que d'habitude, les urines sont normales ; il y a constipation habituelle cédant facilement à l'emploi des lavements glycérinés. Les règles sont devenues très fréquentes et très abondantes. Elles étaient encore normales en décembre 1895.

Mais en janvier 1896 elles avancèrent de cinq jours ; en février de huit jours et durèrent huit jours au lieu de cinq ; en mars l'avance fut de dix jours, la durée de huit jours ; en avril et

mai, avance de douze jours et durée de huit jours ; en juin, avance de quinze jours et durée de dix jours.

C'est à ce moment que la malade vint me consulter ; après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, j'examinai la patiente. Le palper abdominal profond fait découvrir une région sensible douloureuse sans grande intensité, correspondant aux annexes de chaque côté ; cependant je ne sens aucune masse anormale, le ventre est souple, non ballonné.

Au palper superficiel, je découvre plusieurs points douloureux, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal sur le bord externe du grand droit à trois travers de doigt au-dessus du pubis, sur le trajet de l'artère fémorale, et cela des deux côtés, mais les points sont plus douloureux à droite qu'à gauche.

Au toucher col et utérus normaux ; des mouvements légers imprimés à l'utérus, provoquent de légères douleurs ; mais l'exploration des culs-de-sac latéraux provoque une douleur vive, alors que le doigt n'a pas encore atteint les annexes. De même sur la paroi latérale du vagin, le doigt provoque de la douleur au niveau de l'artère vaginale que l'on sent battre.

Plus profondément, le doigt, avec l'aide du palper abdominal, trouve une trompe petite, de volume du petit doigt au plus, assez dure pour être nettement sentie et douloureuse. Les deux ovaires sont également douloureux. Mais le maximum de la douleur siège immédiatement en contact avec le cul-de-sac vaginal et sur le bord de l'utérus. J'insiste particulièrement sur ces points dont l'importance m'avait échappé, en ce qui concerne le diagnostic, mais dont l'existence m'avait frappé.

Je trouvai donc ceci : lésions bilatérales, peu prononcées, sur les trompes, avec points douloureux à siège précis, plus douloureux que les trompes elles-mêmes.

Je fis le diagnostic global d'annexite double, mais en gardant une impression de quelque chose non vu. La malade fut mise au repos complet et aux injections très chaudes.

A la fin de juillet, l'état ne s'améliorant pas du tout et la malade réclamant une opération, je pratique la laparotomie, au domicile de la malade, avec l'assistance de mes amis, les D^r Durand et Ouvrier de Paris.

Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane, la main va chercher la trompe droite et l'amène facilement au dehors. L'aspect de l'organe est absolument insolite; ce qui frappe immédiatement c'est la couleur bleu indigo de la trompe, un peu moins grosse que le petit doigt et dure. L'ovaire présente à la surface de nombreuses bosselures kystiques. La trompe est enlevée après la ligature du pédicule à la soie plate.

L'organe gauche présente la même coloration bleue et la même consistance. Ablation et ligature à la soie.

La malade se leva à partir du sixième jour, et, le quinzième jour, vint me voir chez moi.

Le résultat ne fut pas aussi complet qu'on aurait pu l'attendre. Des douleurs légères se montrèrent encore surtout la nuit; et il y eut, le vingt et unième jour, une réapparition des règles.

L'examen démontra que les points douloureux précédemment indiqués existaient toujours; mais la douleur était provoquée par la pression et n'existait pas spontanément. Ces points siégeaient sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, utérines et vaginales. Rapprochant les symptômes d'artérite, du fait de la coloration bleue des trompes et des renseignements que me donna M^{me} S..., sur une maladie qu'avait eue son mari, quinze ans auparavant; je soupçonnai l'existence d'une syphilis méconnue, ayant produit des altérations salpingiennes, je fis venir le

mari et appris qu'en effet il avait eu autrefois la syphilis. Dès lors il ne me parut pas douteux que je m'étais trouvé en présence d'un cas de salpingite syphilitique.

M^{me} S... fut soumise au traitement spécifique qui fit disparaître complètement les douleurs spontanées et les douleurs provoquées en moins de trois semaines.

Obs. II. — M^{me} L..., âgée de 38 ans, ressentait des douleurs sourdes intermittentes, dans le bas-ventre, des deux côtés.

Accouchée, à 23 ans, d'un enfant mort; à 26 ans, d'un enfant actuellement vivant, mais chétif, elle a eu, à 29 ans et à 32 ans, deux fausses couches.

Elle s'est toujours bien portée, sauf que dans les premiers temps de son mariage, elle avait de fréquents maux de gorge. Au mois de mai 1898 M^{me} L... commença à souffrir dans le côté gauche du bas-ventre, d'abord d'une façon intermittente, les douleurs durant trois ou quatre jours et cessant ensuite pendant huit jours, puis à intervalles plus rapprochés, avec une durée plus grande et une intensité plus considérable.

Au mois d'août 1898, le côté droit se prend à son tour et les douleurs suivent la même marche que celles du côté gauche. Les règles augmentèrent de fréquence et d'abondance si bien qu'en octobre, elles reparurent deux fois et durèrent chaque fois dix jours au lieu de quatre.

Appétit amoindri, pas d'amaigrissement.

Constipation habituelle; mais pas de ballonnement du ventre, pas de nausées, pas de vomissements; urines normales.

A l'examen superficiel du ventre, points douloureux provoqués à l'orifice externe du canal inguinal et sur le trajet des artè-

res épigastriques. Les fémorales sont également douloureuses à la pression.

Les régions annexielles sont sensibles au palper profond sans qu'on puisse délimiter une masse morbide quelconque.

Au toucher simple, utérus en forte antéversion, col normal.

Les mouvements imprimés à l'utérus provoquent une certaine douleur; le cul-de-sac postérieur est libre, les culs-de-sac latéraux sont douloureux; tout à fait en avant, on sent l'ovaire également douloureux ainsi qu'un cordon dur, du volume d'un crayon. La malade, ayant gardé le lit depuis deux mois et ayant suivi sans résultat les traitements les plus divers, réclamait une opération.

Le souvenir de mon premier cas me fit bien penser à la possibilité d'une salpingite syphilitique; mais je ne m'attardai pas à ce diagnostic, en raison de l'isolement de mon premier cas. J'acceptai de pratiquer une laparotomie avec le secret espoir de retrouver des *trompes bleues*. Je pris le mari à part et essayai d'obtenir quelques renseignements sur son état de santé antérieur, mais je ne pus avoir aucune indication sur l'existence de la syphilis.

La laparotomie fut donc pratiquée le 15 novembre 1898.

La trompe droite était bleue, mais la gauche était blanche, à peine rosée, dure, presque rigide et rectiligne, adhérente à la paroi abdominale, tandis que la droite était libre d'adhérences.

Me rapportant à mon premier cas, je laissai en place la trompe bleue et enlevai la gauche, décidé à soumettre la malade au traitement spécifique aussitôt après la guérison opératoire qui se fit comme d'habitude, c'est-à-dire que la malade se leva le sixième jour, débarrassée des fils et du pansement.

Quinze jours après l'opération, j'instituai le traitement anti-syphilitique et j'obtins en un mois le résultat suivant :

Les douleurs qui avaient persisté après l'opération disparurent à *droite*, du côté où j'avais laissé en place la trompe bleue, mais persistèrent, quoiqu'elles fussent amoindries, à gauche, c'est-à-dire du côté où j'avais enlevé l'organe. Cependant les points douloureux siégeant sur les fémorales, épigastriques, utérines avaient disparu.

Les règles reparurent normales à partir du deuxième mois, mais les douleurs persistèrent encore intermittentes et très légères à gauche. L'examen histologique pratiqué par feu Dr Lehmontra qu'il s'agissait d'une sclérose totale de la paroi tubaire et qu'il existait une péri-artérite intense des ramifications sous-ovariennes.

Obs. III. — Il s'agissait d'une femme de 34 ans, mariée depuis seize ans, ayant reçu de son mari, très peu de temps après le mariage, « une mauvaise maladie », suivant son expression.

Elle eut, deux mois après son mariage, un gonflement considérable des grandes lèvres et des glandes dans les deux aines ; puis, quelque temps après des rougeurs sur la poitrine et le ventre, des plaques grises sur les lèvres et des maux de gorge, accompagnés de maux de tête violents, surtout la nuit. Un médecin consulté fit prendre des pilules pendant deux mois et les accidents disparurent.

Trois mois après cette guérison, il y eut des boutons aux grandes lèvres et une lésion anale s'accompagnant de vives douleurs lors de la défécation. Nouveau traitement par les pilules et disparition des symptômes en moins de six semaines.

Il y a deux ans, elle commença à souffrir du côté droit du bas-ventre, d'abord d'une façon intermittente à l'époque de ses règles surtout, puis peu à peu d'une façon continue, mais avec une intensité variable. Parallèlement aux douleurs les règles augmentèrent de quantité et de fréquence si bien qu'au mois de mai 1901 il y avait un écoulement sanguin continu, très abondant cinq jours avant et cinq jours après l'époque présumée des règles ; peu abondant, mais réel, dans l'intervalle de deux époques. La malade était soignée depuis six mois par un confrère qui, en désespoir de cause, avait proposé de pratiquer un curetage. La malade un peu effrayée par la perspective d'une opération me fut adressée par M. S..., sujet de ma première observation.

En raison des commémoratifs et des signes physiques (douleurs au trajet des artères, annexes douloureuses) je portai le diagnostic de salpingites syphilitiques, déclarai à la malade qu'une opération ne serait peut-être pas nécessaire et instituai le traitement spécifique.

Trois semaines après, l'atténuation des symptômes était très considérable et deux mois après la malade était complètement guérie.

Obs. IV. — Il s'agissait d'une dame Bl..., âgée de 30 ans, mariée depuis dix ans, ayant eu trois fausses couches et ayant présenté au début de son mariage les accidents divers : maux de gorge, plaques sur les lèvres et la langue, éruptions cutanées, chute de cheveux, pouvant être rattachés à la syphilis, cependant sans certitude.

En septembre 1902, douleurs dans le côté droit du bas-ventre, d'abord intermittentes, plus intenses la nuit, accompagnées

de règles abondantes ; puis augmentation de fréquence, de durée et d'intensité ; enfin apparition, cinq mois après, de douleurs du côté gauche, présentant les mêmes caractères que celles du côté droit. Pertes très abondantes, léger amaigrissement.

Trompes du volume du petit doigt, régulièrement cylindriques, douloureuses. Lésions bilatérales plus prononcées à droite, artères épigastriques, fémorales, vaginales, utérines, honteuses, internes, douloureuses à la pression, mais non spontanément. Le diagnostic probable fut salpingite syphilitique. La laparotomie fut pratiquée. Trompes bleuâtres de petit volume ; adhérences à droite. Ablation de la trompe droite seule ; la trompe gauche est laissée en place. Dix jours après l'opération, apparition d'une perte abondante et d'une petite tuméfaction à droite de la cicatrice. Cette tumeur s'accrut ; au bout de huit jours elle avait le volume d'une noix, était adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, légèrement douloureuse. Vingt jours après l'opération ouverture spontanée avec écoulement de pus épais, vert pâle. La malade continuait à ressentir des douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, les points douloureux artériels persistaient. Il n'y eut pas de doute pour moi qu'il s'agissait de salpingites syphilitiques et d'une gomme de la paroi abdominale. Le traitement spécifique fut institué et trois semaines après la gomme était cicatrisée, les douleurs annexielles et artérielles avaient disparu.

Obs. de Bouilly, in Jonen. — HÉMORRAGIES D'ORIGINE OVAIRIENNE. *Contribution à l'étude de la syphilis des trompes et des ovaires.* Th. de Paris, juin 1905.

Comp..., 23 ans, entrée le 10 octobre 1898 à l'hôpital Cochin, Régée à 11 ans 1/2 très abondamment, perd des caillots pen-

dant huit jours et n'a en moyenne que quinze jours d'aménorrhée. Premier accouchement à terme, il y a six ans, suivi d'une légère infection. Deuxième accouchement à 7 mois, il y a cinq ans ; fausse couche de 4 mois, sans accident, il y a six mois.

Cette malade souffre du ventre depuis trois ans et a des métrorrhagies abondantes. Il y a deux ans, M. Hartmann lui fit, pour ses métrorrhagies, deux curettages successifs et soupçonna une salpingite ; amélioration peu durable ; depuis lors, augmentation de la fréquence et de la durée des règles. Depuis la fausse couche, faite il y a six mois, aggravation de la douleur et des métrorrhagies et nécessité du repos au lit ; depuis deux mois, métrorrhagie de huit jours après huit jours d'intervalle ; douleurs et pertes presque continuelles.

L'examen ne révèle rien de bien appréciable ; l'indication opératoire est surtout tirée de la persistance des douleurs et des hémorragies, ces douleurs sont surtout vives la nuit. (Nous apprenons, par un accident de la suite, que la malade était syphilitique.)

Hystérectomie vaginale le 22 octobre.

Utérus sain, très légèrement augmenté de volume ; ovaires atrophiques du volume d'une noisette. Trompes saines, un peu rouges.

Dans les jours suivants, il se produisit une escharre fessière, qui creusa profondément, prit tous les caractères d'une ulcération syphilitique et ne guérit que par un traitement spécifique à l'iodure de potassium.

Guérison opératoire rapide, disparition immédiate de toutes les douleurs. La malade est revue plusieurs fois, complètement guérie.

Examen des pièces. — Ovaires petits, atrophiés, scléro-kys-

tiques. Utérus volumineux, présentant des lésions d'endopériar-térite et d'endopériphlébite.

Obs. d'E. Ozenne. — MÉTRORRAGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE A LA PÉRIODE TERTIAIRE) *Angio-sclérose probable de l'utérus*).
Guérison par le traitement mercuriel.

Obs. V. — Il s'agit d'une employée d'une maison de vente de dentelles, M^{me} N..., âgée de 43 ans. Jusqu'à son mariage, qui a eu lieu au commencement de l'année 1889, elle n'a été atteinte d'aucune maladie sérieuse. La menstruation s'est établie facilement à l'âge de 15 ans, et elle a toujours été régulière et normale (4 à 5 jours de durée) jusqu'à la première grossesse survenue aussitôt après le mariage.

En décembre 1889, elle accouche à terme d'une fille bien constituée dont le développement s'est fait régulièrement quoiqu'elle soit restée petite. Cependant cette enfant ne présente aucune tare apparente et sa santé n'a jamais été troublée d'une façon inquiétante.

En 1890, M^{me} N... redevient enceinte. Cette seconde grossesse est moins bonne que la première et pendant toute sa durée notre malade accuse de la lassitude et de la fatigue, sans présenter pourtant aucun accident. L'accouchement a lieu à terme. L'enfant est encore une fille, plus petite que la première, qui va conserver dans la suite un aspect chétif, s'expliquant par ce fait qu'elle a à différentes reprises, pendant ses huit premières années, diverses manifestations se rapportant à la syphilis héréditaire (éruptions variées, périostites crâniennes, lésions oculaires). Ces accidents sont traités d'une façon régulière par la médication hydrargyrique. Depuis cinq à six ans, quoiqu'il ne se soit produit aucune manifestation nouvelle spécifique, j'ai

fait reprendre de temps en temps le même traitement et actuellement la santé de cette jeune fille est satisfaisante, bien que son aspect n'en soit pas moins celui d'une hérédo-syphilitique heureusement modifiée par le traitement qu'on lui a fait suivre.

Chez la mère la syphilis se dénonce ouvertement, quelques mois après son second accouchement, par l'apparition de plaques muqueuses, anales et vulvaires et par quelques éruptions discrètes qui sont combattues rapidement et avec succès par le mercure. Pendant cinq années, notre collègue, le Dr Paul Garnier, continue ce traitement avec des interruptions, sous la forme de liqueur de Van Swieten et en lui adjoignant l'iodure de potassium.

Depuis dix ans, toute médication avait été abandonnée et pendant ce laps de temps, M^{me} N... était restée à l'abri de toute atteinte spécifique. Malgré des fatigues assez fréquemment répétées, la santé générale ne laissait rien à désirer, lorsque, sans raisons plausibles, des troubles portant sur les fonctions périodiques de l'utérus commencèrent à se montrer au mois d'août 1905. Les règles, au lieu de disparaître vers le cinquième jour, comme antérieurement, se prolongèrent quatre jours de plus, pendant lesquels il n'y eut, il est vrai, qu'un léger écoulement.

Mais au mois de septembre elles revinrent quelques jours avant l'époque normale et persistèrent pendant seize jours ; la perte de sang fut assez abondante pendant dix jours ; il y eut donc manifestement ménorragie.

Pendant le mois d'octobre l'hémorragie reparut à deux reprises assez rapprochées l'une de l'autre, pendant une semaine chaque fois et en donnant lieu à une plus grande perte de sang que le mois précédent. La métrorragie était constituée. Il en résulta sur l'état général un notable retentissement qui eut pour prin-

cipal effet d'affaiblir la malade. Aussi est-ce la raison pour laquelle elle s'est décidée à nous consulter.

État actuel (3 nov. 1905). — Je passe rapidement sur l'examen général, car il fut presque négatif. L'enveloppe tégumentaire est intacte, sans cicatrice; aucune altération osseuse apparente des membres et du thorax. Les glandes mammaires, le foie, la rate, les reins n'offrent rien d'anormal : l'estomac paraît un peu dilaté et fonctionne mal ; les intestins sont paresseux. Pas de lésions valvulaires du cœur, dont les battements, cependant, sont mal frappés et hésitants. Le pouls radial est dur et petit. Les veines des membres inférieurs sont plus apparentes qu'à l'état normal ; cependant aucune bosselure sur les saphènes, pas de sensation de cordon veineux au mollet, pas d'œdème périmalléolaire. Pas d'hémorroïdes. Aucun engorgement ganglionnaire.

Utérus et annexes. — A la palpation de l'abdomen, doublé d'une couche de graisse assez épaisse, on sent au-dessus du pubis le fond de l'utérus qui est sensible à la pression.

Dans les fosses iliaques, on ne perçoit aucune tuméfaction, pouvant répondre aux ovaires et aux trompes, quoique les téguments soient souples et se laissent bien déprimer. Cependant à gauche la pression profonde provoque une légère douleur sur la partie latérale de l'utérus, sans qu'on puisse affirmer que l'ovaire en est le siège.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples et libres et l'exploration digitale associée à la palpation de l'abdomen ne permet pas de sentir les ovaires. L'utérus est en antéversion. Son col, un peu mou, légèrement entr'ouvert, est uni, lisse, de volume moyen, sans induration nodulaire fibroïde : les portions

perceptibles des faces de l'utérus sont également lisses et régulières ; l'organe tout entier, qui paraît augmenté de volume, est mobile de bas en haut et de droite à gauche, sans qu'on provoque autre chose qu'un peu de sensibilité. Le toucher rectal ne fournit aucune donnée spéciale.

A l'examen du spéculum, on constate que les lèvres du col, entr'ouvert ainsi que le toucher l'a révélé, sont légèrement congestionnées sans exulcération ni ulcération. De la cavité cervicale s'écoulent quelques gouttes d'un liquide rosé. La cathétérisme est facilement pratiqué, sans aucune résistance, avec une sonde en gomme qui est arrêtée à 7 cm. 1/2 de profondeur. Il n'y a donc pas d'augmentation de capacité de la cavité utérine.

Une exploration digitale de cette cavité après dilatation nous eût renseigné complètement sur l'état de la muqueuse et des parois de l'organe; il nous a paru inutile d'y avoir recours pour le moment, la nature et l'évolution des accidents ne concordant guère avec l'hypothèse d'un néoplasme.

Quant à l'état général, quoique M^{me} N... ait pâli et éprouvé très rapidement de la fatigue, lorsqu'elle prend part aux occupations de vente de son magasin de dentelles, elle n'offre pas l'aspect des sujets touchés par une affection maligne.

N'ayant pas de raisons, d'après les signes relevés, de supposer l'existence d'un néoplasme, d'un fibrome, d'une infection puerpérale (aucun rapport sexuel n'ayant eu lieu depuis plusieurs années), du paludisme, et éliminant même, quoique je fusse enclin à y croire, un réveil, sous la forme de métrorragies, de la syphilis anciennement contractée et latente depuis plus de dix ans, je me comportai comme s'il s'agissait d'accidents liés à la période prénénopausique, tout en faisant quelques réserves au

sujet de l'existence possible de productions polypeuses et j'instituai un traitement en rapport avec ces prévisions.

Pendant six semaines, j'essayai plusieurs médications à base de sulfate de quinine, de teinture de canelle, d'ergotine, de chlorure de calcium et d'adrénaline, les unes employées dans l'intervalle des hémorragies, les autres pendant le cours de celles-ci. Elles furent inefficaces, de même que l'application d'injections vaginales chaudes et de cautérisations intra-utérines au perchlorure de fer après une dilatation, qui m'avait permis de reconnaître que la cavité ne contenait ni polypes, ni petit fibrome sous-muqueux. Pendant ces six semaines les pertes se montrèrent à trois reprises en se prolongeant huit à dix jours chaque fois ; dans leur intervalle il n'existait pas d'écoulement leucorrhéique ; quelques gouttes de sérosité rosée cependant vinrent plusieurs fois tacher le linge.

Le 15 décembre, la perte de sang, datant de dix jours, ne s'arrêtant pas, je prescrivis les frictions mercurielles quotidiennes. Elles furent faites régulièrement pendant quinze jours. L'écoulement prit fin à partir de la septième friction et pendant huit jours aucune goutte de sang ne reparut.

Le 1^{er} janvier, la malade en perdit une très petite quantité dans la journée, mais cet écoulement ne se renouvela pas jusqu'au 18 janvier, et du 18 au 22 une hémorragie modérée put être considérée comme l'époque menstruelle. Toutefois, à partir du second jour de cet écoulement, on recommença une nouvelle série de quinze frictions. Le sang s'arrêta au bout de quarante-huit heures et il ne reparut que le 15 février sous la forme de règles ordinaires.

Dans les mois suivants, il en fut de même à époque à peu près fixe.

Cependant, bien que les règles se fussent rétablies d'une façon normale et qu'un nouvel examen de l'utérus m'eût fait constater une diminution de volume de l'organe avec l'absence de toute sensibilité, je n'en ai pas moins conseillé une troisième série de frictions qui furent faites au mois de juin, et à la suite de ces frictions, j'ai soumis la malade à la médication iodique (l'iodone) dans le but d'agir sur le système vasculaire. Ce traitement a été interrompu du mois de septembre au 15 novembre.

A cette époque, j'ai revu M^{me} N..., dont les fonctions menstruelles ont continué de s'accomplir régulièrement depuis neuf mois et chez laquelle on ne découvre aucun symptôme manifeste de maladie. Néanmoins, elle n'a pas recouvré son bon état de santé antérieur et elle accuse de la fatigue qu'elle attribue à son travail continu, qu'aucune période de repos et de grand air n'est venue interrompre depuis dix-huit mois.

Si l'on ne doit pas nier la part qui revient à ce surmenage dans l'affaiblissement que la malade ressent, il n'est pas déraisonnable de penser que la diathèse spécifique agit encore sur l'économie et que la dégénérescence artérielle, qui, très probablement, n'est pas restée localisée à l'utérus, entretient un trouble dans la circulation. C'est pour ces raisons que j'ai engagé M^{me} N... à reprendre pendant quelque temps sa double médication à frictions mercurielles et iodone, et à lui adjoindre l'usage de pilules toniques à base d'extrait de quinquina, de valériane et de colombo, et de granules de phosphore de zinc.

Obs. de Giovanni Franceschini. — MÉNORRAGIES ET MÉTRORRAGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE (*la Clinica Ostetrica*, 1905, vol. VII, fasc. 2, p. 47).

Il s'agit d'une femme de 26 ans environ qui fut infectée de

syphilis par le mari il y a cinq ans, eut trois avortements avec fœtus morts et macérés au sixième et au huitième mois et qui fut atteinte d'hémorragie très abondante coïncidant d'abord avec l'époque des règles et se manifestant ensuite inopinément et sans règle aucune d'une menstrue à l'autre. Les multiples traitements que l'on essaya eurent un résultat absolument inutile, au grave préjudice de la malade qui devint profondément anémique, très faible et exténuée. Les examens répétés avec soin furent toujours négatifs en ce qui concerne les organes utéro-ovariens, bien que la patiente se plaignît toutefois d'une légère douleur dans la région ovarienne droite.

Pourtant dans les anamnestiques de la malade, il y avait l'évidence d'une infection syphilitique, en faveur de laquelle venaient encore témoigner les pléiades ganglionnaires aux aines et à la région cervicale.

La pathogénie des hémorragies étant donc soupçonnée, le traitement s'ensuivait naturellement et l'on institua rapidement le traitement spécifique, ayant pour ma part beaucoup d'espoir de réussir, avec le but justifié d'avoir à l'issue de la cure un critérium pour le diagnostic. A la suite du traitement mercuriel, l'hémorragie cessa, pour ainsi dire, à l'improviste, pour ne plus réapparaître, les règles se firent régulières quant à leur date et quant à leur quantité de sang : on n'a plus eu la moindre anomalie dans les fonctions utéro-ovariennes, quoique déjà se soient passés plusieurs mois depuis le commencement du traitement mercuriel.

Obs. de Gelli. — *Endométrite fungosa et sifilide. Settimana Medica della sperimentale*, anno L, n° 25. Communication faite à l'Académie médico-physique de Florence le 8 juin 1896. Cité

d'après Betti Ugo Arturo : *La Clinica Ostetrica*, juin 1905, v. VII, fasc. 6.

Malade multipare âgée de 54 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 30 ans. Ménopause à 48 ans, souffre depuis quatre ou cinq mois de métrorrhagies peu abondantes, mais continues, rendant la malade faible et anémique.

Organes génitaux externes présentant un stade avancé de l'évolution sénile : col petit, dur et pâle, et privé de solution de continuité ; corps de l'utérus uniformément augmenté, mobile, indolore. On trouve à la région inguinale un petit ganglion de la grosseur d'une noix et *au tiers inférieur du tibia une petite tumeur*. S'agissait-il ici d'une endométrite glandulaire, du cancer ou de la syphilis tertiaire tardive de l'utérus (artério-sclérose) ? L'examen histologique a fait rejeter la possibilité du cancer. Le traitement spécifique institué, on a obtenu de bons résultats quinze jours après. Les métrorrhagies ont disparu en même temps que la tumeur sur le tibia. L'utérus et le ganglion inguinal ont diminué de volume. L'amélioration de l'état général s'ensuivit.

Obs. d'Ozenne. — Note sur deux faits de DYSMÉNORRÉE DOULEUREUSE, chez des syphilitiques, l'une à la période secondaire, l'autre *chez une hérédo-syphilitique*. Traitement mercuriel. Disparition des douleurs, in *Journ. de méd. de Paris*, 2^e série, 8 janvier 1905, n° 2, vol. XVII.

Ma seconde malade est une jeune fille de 23 ans, fille d'un ancien syphilitique qui a été atteint, il y a plusieurs années, d'une hémiplégie que le traitement mercuriel a en partie fait disparaître, et l'aînée de trois frères ou sœurs, dont deux sont manifestement des types d'hérédo-syphilitiques. Elle-même en

présente l'aspect général et, parmi les stigmates qui sont la signature de la maladie, sa dentition est un bel exemple de dents à rayures transversales.

Lorsqu'en avril 1900 j'ai été appelé auprès de cette malade, par notre excellent confrère, le Dr Piquantin, elle était atteinte de trois foyers de suppuration, provenant d'une ostéo-périostite nécrosique du maxillaire inférieur. L'un de ces foyers correspondait à la racine de la canine gauche et s'accompagnait du ramollissement de l'un des ganglions médians sous-mentonniers, et les deux autres foyers à la racine de la deuxième molaire de chaque côté. J'ai incisé ces diverses collections et extrait plusieurs petits séquestres lamellaires des alvéoles contenant les molaires. Ces dents ébranlées, que j'avais d'abord respectées, durent être enlevées plus tard et leur extraction fut suivie de cicatrisation. Quant à la canine, on a tenté de la conserver après grattage de la surface osseuse malade, mais il est resté un trajet fistuleux qui ne s'est pas tari et qui ne disparaîtra que par le sacrifice de la dent.

Après l'ablation des séquestres, nous avons soumis la malade au traitement mercuriel, qui a été successivement employé sous la forme de frictions et d'injections solubles de benzoate, dans l'espoir, d'une part, de pouvoir obtenir une réparation avec conservation des dents, ce qui n'a pas eu lieu, et, d'autre part, de prévenir semblables lésions sur d'autres points du maxillaire, ce qui a réussi jusqu'à ce jour.

Au moment où je donnais des soins à cette jeune fille, je ne m'étais pas occupé particulièrement de sa menstruation, et, bien qu'un jour j'eusse appris par hasard qu'elle était précédée de fortes douleurs abdominales, tant que le sang n'avait pas paru,

je n'avais pas songé à établir un rapport entre la syphilis et cet état dysménorrhéique.

Je n'ai pensé à cette relation qu'après ce que j'ai observé chez ma première malade. Or, voici les renseignements que m'a donnés ma seconde cliente, lors d'une visite qu'elle est venue me faire, cette année, au sujet de sa canine.

Les règles se sont établies chez elle à 16 ans. Elles ont d'abord été intermittentes et peu abondantes, puis elles sont devenues à peu près régulières et plus copieuses. Pendant les quatre premières années elles ont été constamment précédées, dans les régions iliaques, de douleurs qui débutaient deux ou trois jours avant l'hémorragie et disparaissaient dans la journée où le sang était apparu. A partir du mois de septembre 1900, c'est-à-dire après trois mois de traitement mercuriel, les accidents douloureux ont d'abord diminué de durée et d'intensité et ensuite sont devenus, suivant l'expression de la malade, très aisément supportables, ce qu'elle avait attribué à plusieurs courts séjours à la campagne pendant les années 1901 et 1902. Pendant ce laps de temps, de même qu'en 1903, le traitement a été continué avec des interruptions. J'ajoute que le mercure ne semble pas seulement avoir agi favorablement sur les fonctions utéro-ovariennes, mais encore sur l'état général, car la malade se sent plus forte et a notablement engraisé. J'ignore si, avant l'application du traitement, la palpation de l'abdomen m'eût révélé quelques particularités du côté des annexes ; actuellement on n'en constate aucune.

Obs. de Pichevin. — SYPHILIS UTÉRINE. (*Sem. Gynécol.*), 21 février 1905, n° 8.

Tout dernièrement, j'ai eu l'occasion de voir à la consultation

de gynécologie de l'Hôtel-Dieu une femme J..., âgée de 28 ans, cuisinière de son état et présentant quelques phénomènes intéressants.

Cette jeune personne, de corpulence un peu forte, a des menstrues assez régulières. La quantité de sang perdue, chaque mois, est assez abondante.

Elle a été mariée deux fois. En 1897, lors de son premier mariage, elle semble avoir eu un chancre au niveau de la grande lèvre droite. Elle signale l'existence d'un accident à ce moment et on trouve, à l'endroit indiqué, une tache blanchâtre de forme circulaire, d'un à deux centimètres de diamètre et qui pourrait bien être la trace de l'accident primitif.

Cette femme sait qu'elle a eu une maladie spéciale qui a été soignée à l'aide de pilules. Elle a présenté des rougeurs sur le corps à la suite de son ulcération vulvaire.

Elle a eu depuis cette époque sept fausses couches. Un enfant est venu à terme, mais il était mort.

Depuis son second mariage, M^{me}. X... a eu des sensations voluptueuses, sensations qu'elle n'avait jamais éprouvées depuis l'apparition de son chancre.

Le col est conique, allongé, un peu rouge sur sa face vaginale. La muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieur est le siège d'une inflammation récente. La vascularisation est très marquée sur la muqueuse qui revêt la face antérieure et va en s'atténuant sur la lèvre antérieure du col. Il y a donc propagation inflammatoire du vagin vers le col, presque exclusivement en avant.

L'orifice externe du col est un peu allongé dans le sens transversal sans qu'on trouve aucune trace de déchirure. Il y a une très légère éversion de la lèvre antérieure du col.

Mais ce qui domine, c'est la dureté du col en totalité. Il n'y

a aucune inégalité du museau de tanche. On ne trouve pas de kystes au niveau de la portion vaginale. Le col est transformé en un bloc fibreux qui fait suite à un corps utérin ayant la même consistance dure. Le corps, non augmenté de volume, ne présentant aucune bosselure sur sa surface, est en antéflexion.

La cavité utérine a 7 centimètres de longueur.

L'utérus est légèrement abaissé, sans que le plancher périnéal soit déficient. Le releveur de l'anus est intact. Il n'y a pas de déchirure du périnée.

Les annexes ne sont pas malades. Mais la trompe et l'ovaire du côté droit sont prolabés dans le cul-de-sac postérieur.

En somme, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'état scléreux de l'utérus.

Si on rapproche cette consistance de ce fait que M. X... semble avoir eu la syphilis il y a environ huit ans, on est porté à diagnostiquer l'existence d'une affection spécifique de l'utérus arrivée à la période scléreuse.

Sans doute, ce diagnostic, si probable qu'il semble être, ne s'impose pas d'une façon absolue. La présente observation pèchera par l'absence d'examen microscopique et par l'incertitude qui règne, malgré tout, sur la cause de la sclérose. Quand on n'a pas assisté au début et à l'évolution de la syphilis, il reste souvent un certain doute dans l'esprit sur la réalité de la vérole.

S'il est légitime de croire que cette femme a eu *probablement* la syphilis en 1897, il n'en est pas moins vrai que nous n'en avons pas la certitude, malgré les sept fausses couches consécutives que la malade rapporte.

M^{me} X... a été soumise à un traitement mixte.

Obs. de Franceschini. — L'ORIGINE SYPHILITIQUE DE QUELQUES CANCERS UTÉRINS. (*Ann. des mal. vénér.*, nov. 1906).

Obs. I. — Une paysanne d'environ 40 ans, syphilitique, se présente à ma visite pour être soignée de métrorragies abondantes et de pertes séreuses, couleur lavure de chair. A l'examen, on trouve des adénopathies cervicales et inguinales ; à l'examen gynécologique, l'utérus grossi, indolent, dur, et une ulcération du col à bords relevés. Le diagnostic de syphilis posé, on commence un traitement mercuriel intense. En peu de semaines l'ulcération se modifie, se cicatrise rapidement et diminue des deux tiers. Les métrorragies cessent, ainsi que les pertes séreuses. Se trouvant très améliorée, mais non guérie, la malade ne se présente plus à la visite, en dépit du conseil de prolonger le traitement, même après guérison complète.

Un an après, dégénérescence épithéliomateuse *in situ* ; le traitement mercuriel intensif, loin de l'améliorer, l'aggrave.

Obs. II. — Femme d'environ 50 ans, veuve, sans enfants. Sait avoir été contaminée par son mari, mort de syphilis cérébrale. Elle-même fut soignée irrégulièrement et insuffisamment. Fut atteinte d'hémorragies et de pertes vaginales, améliorées par une liqueur dépurative, à base d'iodure de potassium. Pendant huit ans, elle eut recours à ce remède, à chaque aggravation, — et depuis deux ans seulement elle n'y trouve plus aucun bénéfice. L'examen gynécologique décèle un cancer utérin : le traitement spécifique ne donne rien.

Obs. III. — Femme de 35 ans, ouvrière. Cinq ans auparavant, elle avait été examinée par moi et trouvée en pleine éruption

papuleuse de syphilis secondaire. Elle suivit le traitement irrégulièrement et insuffisamment. Durant cet intervalle, elle eut trois avortements. A l'examen gynécologique, je trouvai l'utérus grossi, le col petit et dur. J'appris qu'on avait fait le diagnostic d'endométrite glandulaire. Connaissant les antécédents de la malade, je n'eus aucun doute sur la nature syphilitique de l'affection, et j'instituai le traitement spécifique. L'utérus se réduisit rapidement de volume.

Obs. du D^r La Torre (de Rome). — SYPHILIS UTÉRINE. Della sifilide uterina. *La Clinica ostetrica*, 1904, fasc. XII.

Obs. I. — Femme de 40 ans, paysanne, contaminée par le mari : deux accouchements prématurés et deux avortements. Elle eut des manifestations syphilitiques primaires et secondaires qu'elle ne traita pas. Depuis deux ans elle a des règles très abondantes et quelquefois une hémorragie intermenstruelle. A l'examen gynécologique, on trouve l'utérus grossi, le col tuméfié et déchiré, avec ectopie de la muqueuse, qui est le siège d'une ulcération étendue. Le col est dur vers le cul-de-sac gauche, qui a presque disparu et qui est remplacé par une masse de tissu dur. La cavité utérine a une longueur de 11 centimètres ; on ne sent pas les ovaires. D'abord on avait fait le diagnostic de métrite et de dégénérescence du col avec des restes de phlegmon du ligament large ; on avait pratiqué un râclage profond non seulement de la cavité du corps et du col, mais aussi de la vaste surface exulcérée du museau de tanche. La surface exulcérée ne se cicatrisa pas après le râclage, mais s'étendit et devint fongueuse ; les métrorragies continuèrent. M. La Torre, en rapprochant des antécédents la persistance des accidents et l'exulcération du col qui augmentait, soupçonna qu'il s'agissait d'une

lésion spécifique, et institua un traitement iodo-mercuriel. A la suite de ce traitement, les hémorragies cessèrent, l'exulcération se cicatrisa parfaitement, et l'utérus diminua de volume. La malade fut revue un an après, et trouvée en parfait état de santé.

Obs. II. — Jeune femme mariée depuis trois ans avec un homme qui, quelques années avant le mariage, avait été atteint de syphilis, et s'était incomplètement soigné. Cette dame avait eu deux avortements, et en se présentant à M. La Torre, elle lui dit qu'on l'avait déclarée atteinte d'une maladie utérine, pour laquelle il fallait enlever l'utérus. A l'examen, le col utérin paraissait énormément augmenté de volume, dur, avec une ulcération étendue au museau de tanche, de couleur sale, saignant au moindre contact. La patiente ne put dire depuis combien de temps existaient ces lésions. Elle avait été traitée par des moyens locaux habituels, et un spécialiste avait diagnostiqué un cancer et proposé l'hystérectomie. De l'anamnèse, de l'examen gynécologique et histologique, M. La Torre élimina le cancer, pensa à une lésion syphilitique, et institua le traitement spécifique. La malade guérit complètement et pour toujours.

Obs. de M. le Dr Aicvoli. -- SYPHILIS DE L'UTÉRUS (résumée in Franceschini : « L'origine syphilitique de quelques cancers utérins », *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1906).

Femme de 39 ans, contaminée par son mari. Elle eut trois accouchements prématurés avec fœtus mort. Ensuite se manifestèrent tous les symptômes douloureux du catarrhe chronique utérin, qui ne furent soulagés par aucun des traitements habituels. Un traitement antisyphilitique mixte et un traitement local amenèrent la guérison.

Obs. de Robineau. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS DE L'UTÉRUS. — Congrès périodique de gyn., d'obst. et de pédiatrie. Rouen, avril 1904. *Bull. méd.*, p. 399, 1904.

Obs. I. — A..., 36 ans, métrorragies depuis dix mois, pesant dans le ventre, envies fréquentes d'uriner, faiblesse, pâleur de la face, décoloration de tous les téguments. Pas d'enfants à terme, trois fausses couches. Antécédents syphilitiques avoués, traces de gommes cicatrisées à la partie inférieure des jambes.

Traitement peu suivi.

A l'examen, gros utérus dur, enclavé dans le petit bassin, ganglions inguinaux volumineux et indolores. Quinze jours après avoir vu la malade pour la première fois, je suis appelée pour traiter une hémorragie abondante, sans caillot et qui dura quinze jours.

Diagnostic : fibrome de l'utérus. Je conseille l'intervention et, dans le but de mettre la malade en assez bon état pour pouvoir la supporter, je la soumetts au traitement spécifique.

En trois mois, amélioration considérable de l'état local, disparition des hémorragies qui n'ont pas reparu depuis deux ans, et diminution du volume de l'utérus qui redevient mobile.

Obs. II. — B..., 45 ans, mariée, deux enfants.

Fièvre puerpérale à 26 ans, contracte la syphilis à 30 ans, s'est soignée un an et s'est crue guérie. Se plaint d'un suintement sanguin continu. Utérus de la grosseur du poing, irrégulier, donnant au palper la sensation d'un corps utérin carcinomateux. Pas de douleurs à la pression, empâtement « ligneux » des ligaments larges. Cavité augmentée de volume, 9 centimètres. La curette ne ramène pas de fongosités. Les moyens ordinaires

de traitement médical échouent. L'intervention chirurgicale est retardée sans cesse, sous divers prétextes.

Au bout de deux mois, le traitement spécifique que j'ai l'habitude d'instituer dans ce cas, amène un résultat complet.

Obs. du professeur Pinard. — Congr. national périodique de gynécol. de Rouen, 1904. Discussion, p. 320.

Obs. de Verchère. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Rouen, avril 1904. *Le Bull. méd.*, p. 399, 1904.

Obs I. — La première malade était une femme de 35 ans ayant eu deux fausses couches et qui présentait des métrorragies que son médecin ne pouvait arrêter et pour lesquelles je fus appelé en consultation.

Je fus rapidement acculé au curettage qui fut suivi d'un mois d'arrêt. A ce moment les hémorragies reparurent. Je fus appelé au bout de huit jours et trouvai la malade dans un état tel que l'hystérectomie fut décidée pour le lendemain. Quand j'arrivai, la malade était mourante, et elle succomba malgré la transfusion faite de bras à bras, le mari s'étant offert pour cela.

Obs. II. — La seconde, âgée de 16 ans, était entrée dans mon service pour syphilis secondaire. Elle fut prise d'hémorragie sans cause connue. Je dus la tamponner ; malade indocile, elle défit le tamponnement, je recourus au curettage. Cinq jours après elle mourait d'hémorragie. A l'autopsie, il n'y avait aucune lésion visible soit dans les ovaires, soit dans l'utérus.

Obs. de Joukowsky. — MÉNORRAGIE DES ORGANES GÉNITAUX DES NOUVEAU-NÉS. — Un cas de ménorragie avec colite et syphi-

lis de l'utérus. (Mort, autopsie.) *Wratchebnaja gazeta*. Saint-Pétersbourg, 1904, XI, p. 505.

L'enfant est venue au monde le 15 février bien constituée et de poids normal. Asphyxie combattue avec succès. Rien d'anormal pendant les trois premiers jours. Au quatrième jour, survient une forte diarrhée et en même temps une hémorragie des organes génitaux. L'enfant perdait peu de sang, mais d'une manière continue. Le 20 février, l'enfant a succombé.

A l'autopsie on constate la syphilis congénitale. A l'examen macroscopique, on note une hyperémie assez considérable du gros intestin avec gonflement des ganglions mésentériques. Dans le fond de l'utérus, on aperçoit des hémorragies.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de syphilis congénitale. On constate des hémorragies multiples sous la muqueuse de l'utérus. Dans plusieurs endroits, la couche de l'épithélium est interrompue et le sang arrive dans la cavité utérine. On rencontre des hémorragies autour des capillaires de la couche musculaire. La muqueuse de l'utérus est infiltrée. Les veines à la limite de la couche musculaire sont très dilatées et bourrées d'érythrocytes. Les artères présentent des modifications communes aux endartérites chroniques. Par ci, par là, on trouve de petites artères oblitérées.

Obs. de Betti Ugo Arturo. — DUE CASI DI SIFILIDE UTERINA ET ANESIALE. *La Clinica Ostetrica*, 1905, vol. VII, fasc. 6.

Obs. I. — Malade âgée de 40 ans, ayant eu quatre accouchements. Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans environ. Deux ans après son dernier accouchement, ses règles sont devenues très fréquentes et abondantes au point de compromettre sa santé. A l'époque, elle était soignée par un médecin qui lui a

prescrit deux pilules par jour. La malade continua ce traitement pendant plusieurs mois. Les pertes ont disparu et les règles ont repris leur cours normal. Son mari avait la syphilis et était soigné par le même médecin et de la même façon.

Après une période de huit ou dix ans de santé, la malade a commencé de souffrir de nouveau d'hémorragies qui, d'abord ménorragiques, sont devenues ensuite métrorragiques, au point de la réduire à cet état de faiblesse et d'anémie dans lequel je l'ai trouvée. L'examen objectif a donné des résultats parfaitement négatifs. Ne pouvant pas formuler un diagnostic, je me bornai à combattre l'hémorragie par des remèdes communs qui ont apporté une amélioration passagère. Les métrorragies apparaissent de nouveau dans la même fréquence et dans les mêmes proportions qu'avant. Un nouvel examen ne m'ayant apporté aucune lumière, je me suis rappelé le traitement auquel ont été soumis les deux époux ensemble, et l'idée me vint que la syphilis pourrait en être la cause. J'ai eu recours au traitement spécifique qui, en peu de temps, a démontré son efficacité de manière que les pertes devinrent moins abondantes et moins fréquentes, pour prendre, après quatre ou cinq mois de traitement, les caractères de menstruations normales.

Obs. II. — Femme mariée, âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques personnels et héréditaires. Une seule grossesse à 20 ans, qui s'est bien terminée. Depuis un an, les menstruations qui ont toujours été régulières comme époque, quantité et qualité (réglée à 13 ans) ont commencé à devenir très abondantes et se prolongèrent dix jours environ (rarement moins), de telle sorte qu'on pourrait les qualifier de métrorragies étant donné que le temps entre ces deux époques variait de sept à quinze

jours. A la palpation, on révèle une douleur au-dessus du pubis, un peu au-dessous des deux hypocondres. Au toucher combiné, on sent l'utérus uniformément augmenté de volume, col induré au centre et à la périphérie. Au spéculum on voit au museau de tanche une ulcération avec une surface granuleuse saignant au moindre contact. On voit, suspendu à l'orifice, du mucus catarrhal. Me basant sur mon examen et apprenant que le mari avait une blennorragie, j'ai porté le diagnostic de catarrhe utérin chronique et de cervico-métrite chronique d'origine probablement blennorragique. Il a été procédé à l'administration de l'ergotine, de l'arsenic et du fer et des applications locales d'ichtyol, qui ont été précédées d'un curettage, et des injections iodées intra-utérines. Tous ces moyens ont abouti à la guérison au bout de deux mois environ. Mais cette guérison n'était en réalité qu'apparente, parce que trois mois après les troubles menstruels ont réapparu avec une rapidité insolite, pour présenter les mêmes caractères qu'avant. Malgré le traitement qui a duré un mois, on n'a pu observer d'amélioration. J'ai eu alors à cette époque l'occasion de voir le mari qui est venu me consulter pour une seconde blennorragie et j'ai pu noter sur son corps les signes certains d'une syphilis antérieure. Du reste, il a fini par l'avouer. Dès lors, c'eût été une grave erreur de ne pas essayer le traitement spécifique, auquel j'ai associé les injections vaginales de sublimé à 1/5000. Le traitement était continué pendant six mois et aboutit à la guérison complète. L'amélioration était évidente dès les premiers jours.

Obs. de Paul Dalché. — MÉTRORRAGIES ET SYPHILIS. *Le Bulletin médical*, 1906, n° 5, p. 591.

Obs. I. — Il s'agit d'une jeune femme admise à l'hôpital le

8 avril 1904, pour métrorragies. Les antécédents n'avaient présenté rien d'anormal du côté génital. Réglée à 18 ans, elle s'était mariée à 29 ans, avait accouché peu après, sans aucune suite ni perturbation menstruelle. — En 1903, à l'âge de 37 ans, elle contracte la syphilis, qui prend rapidement chez elle un certain caractère de gravité, car dès la fin de cette année elle présente des accidents oculaires (iritis) et cutanés (syphilides des mains et jambes).

Ces lésions étaient encore en pleine évolution lorsque, en avril 1904, elle fut prise d'une métrorragie abondante, survenue trois jours après ses règles et qui nécessita son entrée à l'hôpital. A ce moment, nous n'établissons aucun rapport certain entre la syphilis et l'hémorragie qui est traitée par les moyens habituels ; la perte dura jusqu'à la fin du mois de mai, avec des alternatives d'arrêts et de reprises, et la malade sortit de notre service pour entrer à l'Hôtel-Dieu, et y faire soigner son iritis ; le traitement spécifique, administré sous forme d'injections de bi-iodure, eut comme résultats, non seulement la guérison des accidents syphilitiques, mais une cessation complète de la métrorragie, obtenue parallèlement. Cependant, on ne pouvait encore rien en conclure. Mais, à partir de novembre 1904, les règles deviennent plus abondantes et douloureuses et la malade ressent une douleur à gauche qui irradie dans tout le bas-ventre. Enfin, en septembre 1905, survient une seconde métrorragie accompagnée de douleurs extrêmement violentes, « atroces » suivant l'expression de la malade et à ce moment on constate dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse sensible que je crois être un ovaire.

Le traitement institué à ce moment fut le traitement mercuriel sous forme d'injections de bi-iodure à l'exclusion de tout

autre moyen thérapeutique, et suffit à provoquer la disparition complète des hémorragies et des douleurs.

La malade sortit de l'hôpital pour revenir en février 1906 et subir, par précaution et préventivement, une série de piqûres bi-iodurées.

Elle n'éprouve ailleurs aucune douleur ; ses règles sont normales ; mais elle accuse quelques pertes blanches.

Obs. II. — Une jeune fille de 17 ans entre à l'hôpital le 8 février 1905 pour une métrorragie durant depuis trois semaines.

De constitution plutôt médiocre, chargée d'une hérédité suspecte de tuberculose, mais sans présenter elle-même aucun signe thoracique, elle n'a jamais été malade. A 14 ans, âge moyen de la puberté en France, elle n'était pas réglée encore, et n'éprouvait aucunes malaises ni des symptômes habituels à la puberté. Donc, n'étant pas encore formée, n'ayant jamais eu ses règles, elle est violée, dit-elle, en février 1904, dans un escalier ; et après ce seul rapport elle présente des signes de syphilis ; en juillet 1904, nous constatons nous-même des plaques muqueuses vulvaires, rénales et buccales.

Elle subit à ce moment le traitement mercuriel et sortit de l'hôpital, cette première fois, guérie de tout accident spécifique. Le 1^{er} janvier 1905, elle est prise brusquement de douleurs vives dans le bas-ventre, douleurs irradiant dans les cuisses et les reins, s'accompagnant d'une leucorrhée légère. Ces symptômes prémonitoires précèdent l'apparition de ses premières règles qui se manifestent le 17 janvier ; l'hémorragie augmente d'abondance les jours suivants, les douleurs abdominales deviennent très vives, surtout à droite, si vives que la malade ne peut s'empêcher de pousser des cris.

Le 8 février enfin, aucune amélioration n'étant survenue, elle

se décide à revenir à l'hôpital. Nous administrons le traitement spécifique accompagné d'irrigations chaudes. La perte s'arrête assez vite, mais la douleur du côté persiste, quoique atténuée ; la palpation reste très douloureuse et le toucher permet de reconnaître dans le cul-de-sac droit une petite tumeur qui nous paraît être l'ovaire gros et sensible. Cette malade resta longtemps dans le service et ses règles suivantes furent beaucoup moins douloureuses ; sortie, elle cessa de suivre son traitement, mais un peu plus tard ayant eu des règles plus longues et plus pénibles, elle revint spontanément pour le reprendre.

Depuis un an environ, nous l'avons perdue de vue.

Obs. d'A. Garofalo. — UN CASO DI METRORRAGIA SIFILITICA. *La Clinica Ostetrica*, 1906, fasc. 10, p. 224.

T... M..., âgée de 19 ans, réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, peu abondamment. Rien dans les antécédents digne à noter.

Premier rapport à 15 ans. Grossesse un an après. Au cinquième mois de la grossesse, elle présenta une ulcération située au bord gauche de la langue, ulcération dure qui était accompagnée d'une grande tuméfaction des ganglions du cou. Elle avait des plaques sur la muqueuse buccale et pharyngée. Maux de tête, amaigrissement notable et un peu de fièvre.

Au neuvième mois, elle accouche d'une fille qui meurt dix minutes après la naissance. Peu après, elle présenta une éruption sur tout le corps. Nouvelle grossesse trois mois, après qui se termine par une fausse couche au troisième mois avec une forte hémorragie.

Depuis le dernier avortement la jeune femme a commencé à avoir des pertes rouges, intermittentes et très abondantes qui

prenaient d'abord un caractère ménorrhagique pour devenir métrorrhagique ensuite. Les pertes s'accompagnaient de douleurs dans l'abdomen et dans les reins. La malade perdait du sang noirâtre avec des grumeaux. Les hémorragies durèrent de douze à quinze jours.

A l'examen objectif, on constate que la malade est profondément anémique, se plaint de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Ventre non météorisé facilement palpable. Au toucher, on note une légère douleur dans les annexes du côté droit, corps de l'utérus normal comme forme et volume. Au spéculum on voit que le col est gros et congestionné.

Quelques jours après l'examen, la malade a eu une abondante métrorrhagie qui dura huit jours obligeant la malade à s'aliter.

La malade a été soumise aux injections intra-musculaires de la solution de sublimé au centième qu'elle supporta parfaitement bien.

Après vingt injections, elle a eu une menstruation presque normale qui dura cinq jours.

Au mois de mars les règles ont été normales.

L'auteur a continué les injections tous les deux jours pendant le mois d'avril. Les règles du mois d'avril sont venues normales avec quelques jours de retard.

Le traitement dura trois mois.

Obs. de Guillemot. — MÉTRORRAGIES SYPHYLITQUES. *Le Courrier Médical*, n° 15, 14 avril 1907.

La malade, âgée de 33 ans, est venue consulter, à la clinique de MM. Hery et Guillemot, le 3 février 1906, pour des pertes de sang remontant à trois semaines environ. Elle a été vue et soignée par Hery et moi.

Elle s'est mariée en décembre 1891. Son mari, dit-elle, avait contracté la syphilis en 1886. Elle a eu huit grossesses en 1903, elle a accouché d'un fœtus de six mois mort immédiatement après la naissance. En 1905, elle a fait une fausse couche de 3 mois 1/2. En octobre 1904, elle avait été atteinte de roséole et de syphilides vulvaires, pour lesquelles elle a suivi un traitement mercuriel sous forme de pilules. Au mois de février 1905 elle a présenté des pertes sanguinolentes dans l'intervalle des règles.

Le 3 février 1906, on constate que le col, déchiré jusqu'au niveau du cul-de-sac droit, est granuleux au toucher. L'utérus est assez volumineux, antéfléchi ; il n'y a rien d'anormal du côté des annexes.

Le spéculum permet de voir sur le col une tache arrondie qui se distingue du reste de la muqueuse cervicale par sa coloration rougeâtre, analogue à celle du maigre de jambon.

Nous pratiquons séance tenante une injection de 5 centigrammes de calomel dans la fesse, et introduisons un tampon imbibé de glycérine ichtyolée.

La malade revient huit jours après, le 10 février. L'écoulement sanguin s'est arrêté le 6 février, c'est-à-dire trois jours après la première injection de calomel. La tache cervicale a diminué dans ses dimensions et sa teinte est moins foncée.

Seconde injection de 5 centigrammes de calomel dans la fesse ; pansement vaginal ichtyolé.

La malade revient encore le 17 février, et nous lui faisons une troisième injection de 5 centigrammes de calomel.

Malheureusement nous ne l'avons plus revue. Néanmoins, j'ai cru intéressant de rapporter cette observation, bien qu'un peu incomplète. Car, étant donnés les antécédents nettement

syphilitiques de la malade, et la cessation rapide, à la suite d'une injection de calomel, d'un écoulement sanguin persistant, il semble bien qu'on se trouve en présence d'un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique.

Obs. de Mouratow. — MÉTRORRAGIE SYPHILITIQUE. *Meditsinskoë obozrenie*, janvier 1907, p. 42 (en russe).

Malade âgée de 23 ans, arrive à Moscou pour se faire soigner. Pas d'antécédents héréditaires. La malade était toujours bien portante. Régée pour la première fois entre 13 et 14 ans.

Elle a ses époques tous les vingt et un à vingt-huit jours. Les règles sont indolores et pas abondantes et durent quatre ou cinq jours. En général M^{me} P..., jusqu'à son mariage (18 ans) était d'une santé florissante. Elle se marie avec un homme de 33 ans qui était guéri de la syphilis, comme il l'affirme quelque temps avant son mariage. La malade, dès les premiers jours de son mariage a commencé à souffrir de pertes blanches et de douleurs à l'entrée du vagin. Le médecin a diagnostiqué « chancre et inflammation du vagin ». L'ulcération a disparu à la suite du traitement, mais les pertes blanches ont persisté ; quelque temps après (la malade ne peut pas le déterminer exactement) apparaît « l'éruption syphilitique ».

A peu près à la même époque la malade devient enceinte. La grossesse ne présente rien de particulier, mais elle s'est interrompue au septième mois environ. Elle accouche d'un enfant vivant qui meurt dans les premières vingt-quatre heures après l'accouchement. A cette époque, la malade a peu de fièvre, et elle se lève seulement trois semaines après l'accouchement. Les pertes sanguinolentes continuent pendant sept semaines. Les premières règles étaient très abondantes et ont duré huit jours. A

partir de son accouchement jusqu'à l'époque où elle a été examinée par l'auteur, ses règles apparaissent tous les quinze à dix-huit jours, durent pendant huit jours, sont très abondantes et épuisent la malade à tel point que, d'après elle, d'une femme robuste et florissante, elle est devenue un squelette. Elle s'est soignée tout le temps sans interruption, subissant toutes sortes de traitements.

On lui a pratiqué deux fois le curettage de l'utérus. En résumé, non seulement le traitement n'a donné aucun résultat, mais la malade ressentait un épuisement de plus en plus grand, qui l'a réduite au désespoir.

État actuel. — La malade se plaint d'asthénie, d'amaigrissement, vertiges, manifestations hystériques, absence d'appétit et pertes génitales ; pas de douleurs nocturnes. On entend au cœur un souffle anémique. Rien aux appareils digestif et urinaire.

Appareil génital. — Sur la paroi postérieure du vagin et du périnée on constate une cicatrice irrégulièrement arrondie en forme de facette d'un demi-centimètre de diamètre. Le toucher vaginal combiné à la palpation de la paroi abdominale qui est flasque donne les résultats suivants : col de l'utérus petit, de consistance ferme.

L'orifice du col se présente sous forme d'une fente régulière, transversale ; le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume il est ferme et indolent ; les annexes sont accessibles, mais pas augmentées, indolores.

Dans le cul-de-sac droit, l'artère utérine est douloureuse à la pression. Au spéculum, on trouve des érosions superficielles sur la grande lèvre droite et on note l'écoulement d'un liquide muco-sanguinolent du canal cervical.

A la face interne de la cuisse droite, on voit une cicatrice

blanchâtre, irrégulièrement arrondie, étoilée et rétractée. Les ganglions de l'aîne et du coude sont perceptibles.

Vu les symptômes certains de la syphilis, on prescrit le traitement spécifique. Le traitement a duré pendant six semaines. Après quoi, la malade a déclaré qu'au bout de dix jours de ce traitement elle a remarqué une diminution notable des pertes rouges et que quinze jours après les pertes ont complètement disparu. Huit jours après, la malade a eu ses règles, non abondantes, qui ont duré cinq jours. La malade se sent bien, elle a de l'appétit, les forces reviennent. Les manifestations nerveuses ont cessé. Le souffle cardiaque a également disparu. A l'examen des organes génitaux, aucune anomalie ; les pulsations de l'artère utérine droite ne sont plus perceptibles.

Obs. de Nicola de Pace. — SULLA SIFILIDE UTÉRO-ANNESSIALE. *La Clinica Obstetrica*, 1907, fasc. 17, p. 385.

C. de B..., âgée de 42 ans, multipare, vient me consulter pour une hémorragie utérine grave et pour de fortes douleurs dans le bas-ventre et fièvre.

Père mort d'une grippe. Malade souffre de fièvre paludéenne. Réglée à 13 ans pour la première fois et très abondamment. Mariée à 16 ans.

Un accouchement neuf mois après. Quelque temps après, devient enceinte de nouveau et au septième mois expulse un fœtus mort. Elle avait ensuite deux fausses couches, l'une de trois mois et l'autre à un mois suivies d'une nouvelle grossesse qui donna naissance au bout de sept mois à un enfant mort tout de suite après l'accouchement. La malade a eu des ménorragies avec les intervalles intermenstruels normaux.

Au mois de mai courant, le 17, elle a eu, à l'occasion de ses

règles, une hémorragie qui dura vingt jours s'accompagnant de vives douleurs dans le bas-ventre correspondant à la région inguinale droite.

Un médecin venu à domicile a conseillé une opération, pensant qu'il s'agissait d'une tumeur.

Après environ plus d'un mois de telles souffrances, la malade se présente à la consultation.

La malade est dans un état de dépérissement très accentué ; c'est à peine si elle se tient debout, courbaturée par les douleurs dans le bas-ventre, qui s'exaspèrent au moindre mouvement. L'examen somatique sommaire fait constater que la rate est légèrement augmentée de volume. Ventre météorisé, sensible à la moindre pression. Langue sèche, rouge ; température 39°. Pouls petit et fréquent. En palpant la région hypogastrique, on trouve le fond de l'utérus immédiatement au-dessus du pubis qui va jusqu'au bord supérieur de la symphyse. À droite, on trouve une tuméfaction circonscrite et douloureuse à la pression. Col utérin légèrement augmenté de volume. Du côté des annexes droites, on trouve une masse qui part de l'utérus sur lequel elle s'implante par une large base, de consistance lisse et ligneuse, très douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse aussi très douloureuse.

Au spéculum on ne trouve rien d'appréciable. La cavité utérine est de 8 centimètres. La malade fut soumise au repos et au régime lacté. Pendant la nuit, elle a beaucoup souffert de douleurs et a eu une grande perte de sang.

En examinant à nouveau la malade, on constate à gauche une tumeur moindre que celle du côté droit. Quelques données m'ont fait penser à la syphilis antérieure, la fièvre pouvant être mise sur le compte du paludisme dont la malade fut atteinte. On a

pratiqué une injection de chlorhydrate de quinine et une injection de sublimé à 2 0/0. En même temps on a prescrit une purgation.

Le lendemain soir, la température est descendue à la normale. Le jour, l'apyrexie, les pertes, en même temps que les douleurs ont légèrement diminué.

Pendant quelques jours, on a répété les deux injections et une rapide atténuation des symptômes s'en est suivie. Les douleurs ont complètement cessé, le météorisme a disparu ; l'hémorragie a presque disparu.

Après sept jours de traitement, la malade a pu rentrer chez elle pour revenir se traiter à la consultation par des injections mercurielles.

Après quinze jours de traitement, on ne retrouve plus à l'examen que des traces inappréciables des anciennes tumeurs.

Continuant le traitement spécifique, on a vu les hémorragies, disparaître et tout rentrer dans l'ordre.

Obs. inédite (recueillie à la Policlinique de l'hôpital Saint-Louis) et due à l'obligeance de M. le D^r BARTHÉLEMY. SYPHILIDE ULCÉREUSE TERTIAIRE DU COL. *Syphilis datant de dix ans, mal soignée*).

La nommée Joséphine D..., entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, le 9 novembre 1881. Elle a trente ans et est bijoutière.

Il y a dix ans, deux ans après son mariage, elle eut un bubon de l'aîne droite, qui fut cautérisé et qui laissa de larges cicatrices. Ensuite quelques croûtes du cuir chevelu ; ses cheveux tombèrent un peu ; de petites taches rouges (éruption de sang, à la suite des fatigues du mariage) apparurent ensuite sur son

corps. On lui fit prendre alors des pilules pendant un mois, et c'est tout.

Depuis lors, elle n'eut que des maux de tête (migraines, avec vomissements) au moment de ses règles. Elle a souvent des petites écorchures prémenstruelles, qui passent rapidement et d'elles-mêmes en quelques jours. Il n'y en a plus depuis cinq ou six mois. Son mari est malade depuis six semaines ; on lui a dit au midi qu'il avait un accident secondaire (pilules matin et soir, onguent napolitain en frictions, gargarisme au chlorate).

Elle-même a vu apparaître il y a environ un mois une écorchure à la fourchette. Une autre, quelques jours après, se montra à la lèvre gauche.

Voyant que cela ne se passait pas, elle vint à Saint-Louis. — On observe des ulcérations à fond irrégulier, à bords bien marqués, à délimitation capricieuse. Ces lésions font porter le diagnostic des syphilides ulcéreuses, à cause des antécédents, et à cause de l'absence de petits chancres de néo-inoculation, comme cela aurait lieu s'il s'agissait de chancres simples (Fournier).

Une ulcération analogue, à délimitation nette, bien cerclée, existe à droite de l'orifice du col, avec des caractères analogues, et se prolonge dans la profondeur du canal cervical, et le diagnostic de syphilide ulcéreuse du col est porté.

Jamais de fausse couche, jamais de grossesse. Les règles sont normales, en durée et en quantité, et régulières.

Le toucher vaginal permet d'explorer des culs-de-sac souples, de sentir un utérus dont le fond est perçu par la main abdominale derrière la symphyse. Cette exploration ne provoque aucune douleur.

L'inoculation a été faite le 9 novembre, jour de l'entrée de a malade à l'hôpital. Double : à gauche, avec la lésion de la

lèvre ; à droite, avec celle du col. Le 11, celle du col semble être positive ; elle a donné lieu à une ulcération assez profonde, à une lésion echtymateuse, mais celle-ci a guéri spontanément dans l'espace de huit jours. M. Fournier avait, dès le premier jour, annoncé une fausse pustule d'inoculation.

Le résultat est donc négatif pour l'inoculation, et confirme le diagnostic de syphilide ulcéreuse tertiaire du col.

Obs. recueillie à la Polyclinique de M. le professeur GAUCHER, et correspondant à la fiche 2568. MÉTRITE HÉMORRAGIQUE SYPHILITIQUE.

M^{lle} J... le Fl..., 27 ans, vient consulter pour la première fois le 27 février 1904, à la Polyclinique de M. le professeur Gaucher, pour une éruption maculeuse généralisée.

Aucun antécédent infectieux, gonococcique ou puerpéral. Rglée à 15 ans. Les règles ont toujours été normales, comme durée et quantité. Intervalles intermenstruels réguliers et normaux. Pas de dysménorrhée.

N'a jamais été malade, jusqu'à il y a six semaines, où elle a été prise d'anémie, accompagnée de troubles gastriques, vomissements, d'origine très probablement éthylique. A ce moment-là, elle a eu quelques pertes blanches.

Depuis quinze jours, est apparue une éruption roséolique généralisée, prédominant surtout sur le tronc. Syphilides acnéiformes du cuir chevelu. Anémie secondaire très marquée. Pas de lésions vulvaires, ni pharyngées. Pas de trace de l'accident initial. Pas d'adénopathie. La malade entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, et est soumise au traitement pilulaire (2 pilules de Dupuytren par jour).

Le 12 mars 1904, on constate que sa roséole est en voie d'at-

ténuation notable. L'examen génital est pratiqué; le toucher vaginal et l'examen au spéculum permettent de constater que le col de l'utérus est un peu gros. Orifice cervical en regard de la paroi postérieure du vagin, avec léger ectropion de ses deux lèvres. Métrite catarrhale du col. L'utérus et les annexes paraissent normaux. Pour traiter la métrite, on prescrit à la malade des injections vaginales chaudes de liqueur de Labarraque. Elle quitte l'hôpital le lendemain.

Le 29 novembre 1904, elle revient à la Policlinique. Elle n'a suivi aucun traitement mercuriel depuis le mois de mars. Mais elle a été soignée, depuis lors, pendant cinq semaines, à Beaujon, pour des troubles gastriques. Au mois de juillet, elle a été prise de céphalalgie, et un jour elle a eu une perte brusque de la mémoire, avec aphasie, ayant duré trente-six heures. Le 24 novembre 1904, on recommence une nouvelle série de 20 piqûres de benzoate de Hg.

Le 9 décembre, rien de nouveau. Traitement continué.

Le 13 décembre 1904, on constate que l'état de la malade s'est amélioré; ses piqûres sont encore continuées pendant dix jours.

Le 20 décembre, bon état.

La malade est revenue le 7 mars 1905, d'elle-même, parce qu'elle a ressenti quelques maux de tête et qu'elle redoute un nouvel ictus. On la remet au traitement (1 piq. quotidienne de 2 centimètres cubes de benzoate pendant 20 jours).

Le 20 avril, comme la céphalée persiste, on recommence une autre série d'injections.

Le 3 août 1905, c'est-à-dire plus d'un an et demi après le début de l'invasion syphilitique, la malade revient consulter; elle raconte que, depuis deux mois, elle a des pertes rouges fréquentes, persistantes et assez abondantes. Ces métrorragies ont

déterminé chez elle une asthénie, un amaigrissement et une perte d'appétit très notables. Elles sont absolument indolores. Il n'y a rien au cœur, rien aux appareils digestif et urinaire. On lui prescrit le repos absolu, les injections chaudes ; mais, comme elle est encore sous le coup de l'infection syphilitique, et qu'elle n'a été soumise à aucun traitement mercuriel depuis le mois d'avril précédent, on la remet aux pilules de Dupuytren.

Le 17 août, les métrorragies ont diminué d'intensité ; la malade avoue qu'elle ne s'est pas tenue au repos, ainsi qu'on le lui avait conseillé ; en revanche, elle a pris très régulièrement jusqu'à ce jour deux pilules mercurielles. Mais, comme elle a encore des pertes rouges par instants, comme la céphalalgie persiste encore, et comme on désire, pour éviter des troubles gastro-intestinaux hydrargyriques, remplacer le traitement pilulaire, mal supporté, par des injections de benzoate, on la décide à entrer pour la seconde fois salle Henri-IV.

Le 31 août, sous l'influence des piqures et du repos, les métrorragies se sont arrêtées complètement. La malade quitte l'hôpital.

Elle se représente à la consultation le 21 novembre 1905, parce que ses pertes ont réapparu depuis environ un mois et demi. Le toucher vaginal et le palper abdominal permettent de se rendre compte que l'utérus est de dimensions et de situation à peu près normales. Les annexes qui ne sont pas prolabées, sont assez difficiles à percevoir, mais ne paraissent pas modifiées dans leur volume. Les culs-de-sac sont souples. L'examen génital ne détermine aucune douleur. La malade n'a rien pris depuis sa sortie de la salle Henri-IV, et elle n'a pas cessé de vaquer à ses occupations. On la soumet à une nouvelle série d'injections de benzoate. Trois semaines après, tout est rentré dans l'ordre.

Depuis lors, elle est revenue un certain nombre de fois à la Polyclinique. Le 6 mars 1906, elle annonce que les métrorragies ont réapparu depuis quinze jours, ainsi que les maux de tête. Les piqûres sont reprises. Elle est revue à la fin du mois : les pertes se sont arrêtées.

Le 18 septembre 1906, les métrorragies, qui avaient complètement cessé depuis plus de six mois, viennent de réapparaître. Entre temps, elle s'est fait soigner d'une façon très irrégulière. On lui fait reprendre une série d'injections, et environ un mois après les métrorragies étaient complètement jugulées. Nous avons eu, depuis lors, l'occasion de revoir la malade qui a continué à venir jusque vers la fin de 1907 se soumettre spontanément au traitement par les injections solubles.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'une femme de 27 ans, sans aucun antécédent infectieux ou puerpéral, chez laquelle on a assisté à la généralisation spécifique secondaire et qui, plus d'un an et demi après l'apparition des premiers accidents, a été prise de métrorrhagies rebelles, ne paraissant dues à aucune cause appréciable en dehors de la spécificité. En effet, l'examen génital de la malade, pratiqué à plusieurs intervalles éloignés, n'a permis de constater aucune modification sensible dans le volume de l'utérus et des annexes, et il n'y avait, par conséquent, pas lieu de soupçonner ici une cause utérine ou annexielle, l'existence d'un fibrome, d'un polype ou d'un néoplasme. Il semblait, au contraire, plus plausible d'invoquer une cause générale, infectieuse, et comme on pouvait éliminer les fièvres éruptives et la puerpéralité, il ne restait plus, chez notre malade, que la syphilis. Il s'agissait donc, selon toutes vraisemblances, de métrite hémorragique syphilitique, secondotertiaire, telle qu'une syphilis encore virulente est capable d'en

provoquer, à titre de diathèse, et par son action infectante et débilitante sur l'organisme atteint.

Notre observation, nous nous hâtons de le reconnaître, peut prêter à un certain nombre de critiques, dont deux principales nous viennent à l'esprit :

1^o L'action du traitement mercuriel a été associée d'emblée et dès le début à la thérapeutique gynécologique préconisée en pareil cas (repos, injections chaudes, etc.), de sorte qu'on n'a guère le droit de conclure, en pareil cas, exclusivement à l'influence heureuse de la cure mercurielle. Nous regrettons, pour la plus grande valeur de notre observation, que l'insuffisance ou l'inefficacité des moyens gynécologiques n'ait été établie, avant qu'on ait eu recours à la médication hydrargyrique. Nous ferons toutefois remarquer que les intervalles d'amélioration et de disparition des métrorragies ont coïncidé toujours avec l'emploi des pilules ou des injections, et qu'il est légitime de voir là plus qu'une simple coïncidence.

2^o Ces métrorragies, nous dira-t-on encore, peuvent être d'origine syphilitique, mais elles surviennent, en tout cas, au cours ou à la fin de la période secondaire, et vous n'avez, par conséquent, à en faire mention, dans une étude sur la syphilis utéro-annexielle tertiaire. A cela nous répondrons que, si ces métrorragies ont débuté à une époque relativement peu éloignée de la date des premiers accidents, elles ont persisté suffisamment longtemps (2 ans environ) pour être envisagées comme pouvant entrer dans le cadre des métrorragies syphilitiques secundo-tertiaires.

Obs. inédite, que nous tenons de l'obligeance de M. le Dr GALLIARD. MÉTRORRAGIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE très probable.

La nommée Thérèse F..., âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, le 13 juin 1908, dans le service du Dr Galliard, parce qu'elle a des pertes blanches et des pertes de sang et que, depuis quelque temps, elle s'est beaucoup affaiblie.

Dans ses antécédents pathologiques, on note: rougeole à 7 ans; lumbago, il y a trois ans, qui a nécessité son admission à l'Hôtel-Dieu; adénite cervicale tuberculeuse (?) opérée à la même époque; grippe ces deux derniers hivers.

La malade est réglée depuis l'âge de 13 ans, mais ses époques ont toujours été très irrégulières. Depuis son arrivée à Paris, qui date de quatre ans et demi, elle n'a cessé d'avoir des pertes blanches; elle n'est pas mariée, mais elle a eu deux enfants, qui tous deux sont morts peu après leur naissance. Sa première grossesse date de 1906. Accouchement le 31 mars 1906. L'enfant naît prématurément, au huitième mois, avec une ophtalmie et deux hernies (ombilicale et inguinale). Il a eu des convulsions, et, comme il avait de la fièvre, elle est entrée avec lui à la crèche de Beaujon. Trois jours après, il s'est couvert de croûtes, et il est mort au bout de trois semaines, à l'âge de 3 mois et 1 jour. Peu de renseignements sur le père, qui aurait eu néanmoins des boutons sur le corps.

La seconde grossesse date de 1907-1908: accouchement le 3 février 1908, à terme. L'enfant est mort le 26 du même mois. Il serait mort syphilitique, a-t-on dit à la malade, qui ne donne pas d'autres détails.

Elle-même n'a jamais constaté sur son corps d'éruption suspecte. Pas de fausse couche.

Elle raconte qu'elle s'est mise à perdre un peu de sang en dehors de ses règles, à la suite de son dernier accouchement. Mais ces pertes ont considérablement augmenté depuis trois

semaines, et ont pris le caractère de métrorragies à peu près continues, à tel point qu'elle s'est beaucoup anémiée, qu'elle a des vertiges et que le moindre effort la fatigue. Elle se plaint de palpitations.

Tous les organes sont sains : poumon, cœur, foie, reins. Pas d'albumine dans les urines.

Le bas-ventre n'est pas douloureux à la palpation. On n'y constate rien d'anormal. Au toucher vaginal, on sent un col un peu gros, et c'est tout. L'utérus est de volume et en position normaux. Les annexes ne sont pas prolabées. Rien dans les culs-de-sac. La douleur à la pression sur le fond de l'utérus et dans les culs-de-sac est très légère. Au spéculum, on voit que le col est gros et que la muqueuse du museau de tanche est rouge et enflammée. L'orifice du col est en tr'ouvert et une goutte de sang en sort.

En l'absence de toute modification apparente de l'utérus ou des annexes, pouvant faire admettre une affection locale de ces organes provocatrice des hémorragies ; en l'absence aussi, dans les antécédents de la malade, de toute diathèse autre qu'une syphilis conceptionnelle à peu près certaine, on pense à une métrorragie d'origine spécifique et on soumet cette femme au traitement d'épreuve, non sans, les premiers jours, avoir fait localement des injections au sublimé, des badigeonnages à la teinture d'iode et à la glycérine.

Sous l'influence du traitement mercuriel (piqûres de biodure; puis, comme la malade est pusillanime, frictions à l'onguent napolitain), les métrorrhagies cessent rapidement, tandis que les pertes blanches continuent. Les pertes de sang ne reparaissent plus pendant un mois.

Arrive le mois d'août. Le remplaçant du chef de service ne

croit pas à une métrite spécifique. Il fait dès lors supprimer le traitement mercuriel, et le remplace par des lavages au permanganate. Quelques jours après, la métrorragie reparaît et continue les dix ou douze jours suivants, jusqu'au moment où le traitement hydrargyrique, repris, ramène tout dans l'ordre, et entraîne de nouveau la cessation des hémorragies.

Obs. personnelle. — Nous avons eu dernièrement l'occasion de voir et d'observer M^{me} X..., âgée de 33 ans, concierge, mariée depuis dix ans, qui était allée consulter un médecin de nos amis pour des pertes rouges abondantes et fréquentes.

Quand nous l'avons examinée, elle nous a appris qu'elle avait été réglée à 12 ans, et que ses époques menstruelles étaient assez régulières depuis cette date, jusqu'à l'an dernier.

A 19 ans, elle avait eu une fièvre typhoïde. Mariée à 23 ans, elle fit, un an après, une première fausse couche de 2 mois. Entre temps, elle s'était plainte de céphalées nocturnes et violentes, d'alopécie, avait eu une éruption roséolique sur le corps, des maux de gorge, à la suite de quoi on lui avait ordonné un traitement pilulaire qu'elle observa pendant deux ans environ. Mais, un an après la première fausse couche, deuxième fausse couche, celle-ci de trois mois. Depuis lors, elle a eu des gommages du genou droit, dont on constate encore actuellement la cicatrice ; et, il y a deux ans environ, elle a été prise subitement d'hémiplégie gauche transitoire.

Actuellement, elle se présente sous les apparences d'une assez bonne santé générale. Mais elle se plaint d'avoir, depuis un an environ, des pertes rouges abondantes qui, d'abord ménorrhéiques, sont devenues métrorragiques dans la suite. En juillet et

en août dernier, elle a eu trois pertes rouges dont chacune a duré de huit à quinze jours.

A la palpation des régions ovariennes, on provoque de vives douleurs, surtout à droite. Le toucher vaginal permet de sentir un utérus un peu gros ; les ovaires paraissent normaux. On note une sensibilité assez marquée à la pression dans le cul-de-sac droit, et dans le cul-de-sac postérieur, en appuyant le doigt sur le corps de l'utérus. L'examen au spéculum montre un col à peine un peu plus gros que normalement. L'orifice du col est normal. Très léger écoulement catarrhal.

Ne trouvant pas dans cet examen local de signes suffisants pour incriminer une affection des organes génitaux, et d'autre part nous laissant guider par les antécédents spécifiques très nets de la malade, nous en sommes amené à songer à la syphilis comme cause possible de ces métrorragies et nous instituons le traitement mercuriel, sous la forme de pilules de Dupuytren.

Trois semaines après, nous revoyons la malade qui nous annonce la disparition complète des pertes.

Nous regrettons qu'il n'è se soit pas écoulé depuis lors un laps de temps assez long pour pouvoir confirmer ces heureux résultats.

CONCLUSIONS

1° Il existe, sans conteste, une syphilis tertiaire utéro-annexielle.

2° Bien que ce soit là une localisation peu commune de la spécificité, il nous paraît néanmoins que la fréquence réelle des manifestations syphilitiques tardives sur l'utérus, sur les trompes ou sur les ovaires est supérieure à sa fréquence apparente, parce que cette détermination génitale reste trop souvent ignorée ou méconnue.

3° Ces accidents peuvent relever soit de la syphilis acquise, soit de l'hérédo-syphilis, et s'observer à tous les âges de la vie, malgré leur prédilection pour la période d'activité génitale.

4° Anatomiquement, le tertiarisme traduit son action sur l'utérus et sur ses annexes par des lésions gommeuses ou scléreuses, comme c'est la règle dans la syphilopathologie viscérale (testicule, foie, reins, cœur, etc).

5° Quand elle se cantonne sur le col de l'utérus, la syphilis tertiaire peut revêtir une forme ulcéro-gom-

meuse, une forme leucoplasique et une forme scléreuse ; sur le corps, elle peut se présenter sous les modalités d'ulcérations gommeuses, de gommes proprement dites, de syphilides végétantes, d'ulcérations fongueuses intra-utérines, ou encore de leucoplasie de la muqueuse endo-utérine, de sclérose syphilitique totale ou partielle de l'utérus, atrophique ou hypertrophique, ou d'angio-sclérose syphilitique de l'utérus. Il ressort des travaux de Stanziale et de Morisani que, dans l'endométrite spécifique, le point de départ de l'altération vasculaire se trouve dans l'adventice, pour n'envahir qu'ultérieurement la tunique moyenne.

6° La salpingite syphilitique semble pouvoir affecter anatomo-pathologiquement les types suivants : salpingite congestive, salpingite catarrhale ou suintante, salpingite gommeuse, salpingite scléro-gommeuse, scléreuse ou scléro-kystique, encore que ces différentes variétés ne soient pas toutes établies sur des faits incontestables. Selon Wassilieff, le processus anatomique habituel aux salpingites syphilitiques passe par deux phases : une première, où les trompes, augmentées de volume, sont bleues, cyanosées ; une deuxième, plus tardive, où les trompes deviennent blanches, très petites, et dures.

7° On peut aussi décrire à l'ovarite syphilitique, dans une synthèse un peu schématique, une forme congestive probable, mais dont la constatation anatomique manque encore, plus spéciale à la période secondaire ; une forme d'infiltration gommeuse, une forme de gomme proprement dite, une forme scléreuse, une forme scléro-gommeuse et une forme scléro-kystique. La nature

syphilitique de certains ovaires scléro-kystiques tend à être de plus en plus admise.

8° Si, dans un certain nombre de cas, la détermination morbide reste isolée, élective, parfois encore il y a association des différents processus pathologiques pour déterminer des lésions combinées, portant principalement sur les annexes, sous forme de salpingon ovarites spécifiques.

9° Les examens histologiques pratiqués par nous sur des coupes d'utérus de vieilles prostituées nous ont permis de constater dans un cas, des lésions vasculaires pouvant se rattacher à la syphilis ; nous n'avons pas entrepris de recherches analogues pour les ovaires, mais nous avons pu observer, dans quelques autopsies d'anciennes syphilitiques, des ovaires petits, durs, scléreux, et atrophiés.

10° La recherche méthodique du spirochète pallida, — récemment retrouvé par Levaditi et Sauvage dans les follicules de Graff, — pourra permettre d'affirmer, lorsqu'elle sera positive, la nature spécifique de certaines lésions dépourvues sans cela de caractères syphilitiques nets. Cette recherche pratiquée par nous dans quelques ovaires d'hérédos-spécifiques s'est constamment montrée négative.

11° Cliniquement, la syphilis tertiaire utérine, tubaire ou ovarienne est obligée, pour se traduire, d'emprunter, à défaut de caractères personnels, le syndrome utéro-annexiel qui sert d'expression commune aux différents états pathologiques de la sphère génitale.

12° Ce syndrome se caractérise essentiellement par la

douleur, très variable, les hémorragies, symptôme prédominant, et les modifications de volume (tumeur ou atrophie) de l'utérus, de l'ovaire ou de la trompe, inconstantes et parfois difficilement appréciables.

13° Un signe spécial à la salpingite syphilitique serait la douleur provoquée par la pression des artères du petit bassin ; tandis que la syphilis ovarienne se différencierait de la syphilis utérine par le caractère intermittent de l'hémorragie et son mode de début par des ménorragies, prenant plus tard seulement le type de métrorragies abondantes et désordonnées.

14° La syphilis doit être rangée, d'une manière définitive, parmi les causes des métrorragies. Elle agit, pour leur donner naissance, soit à titre d'infection générale, par son action profonde de dénutrition sur l'organisme, soit en créant des lésions locales, utéro-annexielles, tardives, portant plus spécialement sur les vaisseaux.

15° Bien que d'observation plus rare, l'aménorrhée et la dysménorrhée peuvent relever, dans un certain nombre de cas, de lésions ovariennes révélatrices d'une syphilis acquise pendant le jeune âge ou d'une hérédosyphilis latente, se manifestant de préférence au moment de la puberté.

16° Le diagnostic différentiel entre la syphilis utéro-annexielle et les autres maladies communes de la matrice et des annexes est très difficile, puisqu'elle revêt trop souvent leur physionomie clinique et qu'on pense toujours à d'autres entités morbides bien plutôt qu'à la syphilis. Il convient donc d'éliminer les causes ordi-

naires : métrites hémorragiques, blennorragiques ou puerpérales, salpingites, fibromes, rétention placentaire, polypes, cancers, etc.

17° Un certain nombre de cancers de l'utérus ne sont, très vraisemblablement, que des lésions spécifiques tertiaires de cet organe. La syphilis tertiaire de l'utérus peut, d'autre part, être la cause provocatrice du cancer.

18° Toutes les fois qu'on se trouve en présence de symptômes utéro-annexiels de nature mal déterminée et rebelles aux traitements gynécologiques ordinaires, en présence par exemple d'hémorragies utérines persistantes, c'est un devoir du clinicien bien éclairé de penser à la syphilis, et de ne jamais manquer d'instituer le traitement d'épreuve.

19° Il servira de pierre de touche au diagnostic : *naturam morborum curationes ostendunt*.

20° Il exercera sur les accidents, au cas de spécificité, une action curative des plus manifestes et des plus énergiques, en supprimant à bref délai les symptômes, même les plus graves, par lesquels la syphilis utéro-annexielle se traduit.

21° Il faut avoir recours à un traitement mercuriel, intensif et précoce ; on donnera la préférence aux injections de sels solubles. La médication iodurée, utile dans certains cas, ne saurait être qu'un adjuvant. Cette thérapeutique doit être attentivement surveillée.

22° Il serait bon et prudent, dans certains cas, de ne soumettre les malades aux interventions chirurgicales qu'après avoir constaté l'échec du traitement mercuriel. Le curettage, dont on a peut-être abusé,

efficace quelquefois, peut être dangereux en aggravant les hémorragies par l'ouverture large des vaisseaux. L'hystérectomie ne devrait être tentée, quand la syphilis peut être en cause, que lorsque la thérapeutique gynécologique et antisiphilitique a définitivement prouvé son impuissance.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
E. GAUCHER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858-1860.
- ASTRUC. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1755, t. IV, p. 177.
- BABES ET MIROVESCU. — Syphilomes des organes internes de nouveau-nés et leurs relations avec le spirochète pallida. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 20 août 1906, p. 1119-1123.
- BALLANTYNE AND J.-D. WILLIAMS. — The histology and pathology of the follopian tubes. *British med. Journal*, 1891, t. I, p. 171 (un cas de syphilome chez un enfant syphilitique).
- BAR. — *Passim*.
- BARTHÉLEMY. — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme. Congrès de Paris, 1900. *La Syphilis*, an, 1905, t. III.
- BASSEREAU. — Traité des syphilides.
- BETTI UGO ARTURO. — Due casi di sifilide uterina ed annessiale. *La Clinica ostetrica*, juin 1905, fasc. 6.
- BLANDIN. — Syphilis du col. *Soc. d'obstétrique de Paris*, 19 décembre 1901.
- BOIVIN ET DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes. Paris, 1833, t. III, p. 577.
- BOLD. — *American Journ. of obstetr.*, 1888, vol. XXI, p. 122.

- BOLDT. — Caractères de l'endométrite syphilitique. *Acad. de méd. de New-York*, 27 avril 1899.
- S. BONNET ET P. PETIT. — Traité pratique de gynécologie, 1894, p. 142.
- BONNET LÉON. — De la métrite syphilitique. *Thèse de Paris*, 1886. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 174.
- BOUILLY. — Note sur l'ovarite scléro-kystique. *Gynécologie*, 2 juin 1900.
- BOUCHARD ET LÉPINE. — Syphilis tertiaire. Ramollissement cérébral. Hépatite. Gomme des trompes de Fallope. *Gazette médic. de Paris*, 1866, p. 726, n° 45.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie. Paris, 1903, p. 697.
- BRADLEY MESSENGER. — Syphilitic post-partum hemorrhage. *The Manchester Medical and Surgical Reports.*, oct. 1870, p. 45.
- BRASSART. — Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail, par suite de sclérose syphilitique. *Éch. méd. du Nord*, n° 27, 2 juill. 1905.
- BRIOUDE. — Sclérose de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1896, p. 33.
- BUDIN. — *Passim*.
- CORNIL. — Anatomie pathologique des métrites. *Journ. des connaiss. médic.*, 1888.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1878, p. 500.
- DALCHÉ. — Métrorragies et salpingites syphilitiques (*Gaz. des hôp.*, n° 67, 13-15 juin 1905, p. 795-796).
- Métrorragie, sclérose utérine, ménopause. *Gaz. des hôpitaux*, 4 mai 1905, p. 603-606.
- La sclérose utérine. *Archives de thérapeutique*, 1^{er} juillet 1905, p. 295-300.
- Métrorrhagies et syphilis. *Bulletin médical*, 30 juin 1906.
- DELAUNAY. — Diagn. clinique des ulcérations du col utérin. *Gazette des hôpitaux*, 16 sept. 1905.
- DELBET. — V. Duplay et Reclus. Cas d'endométrite hémorragique.
- DELESPINE. — Métrorrhagie et affections annexielles (Étude documentaire). *Th. Paris*, 1905, n° 447.

DE SINÉTY. — Traité de Gynécologie, 1896.

DOHONHOFF. — In Martin. Die Krankereinder Erleezter. Leipzig, 1895, p. 186.

DOLÉRIIS. — Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique. *Ach. de Tocologie*, 1885, p. 319.

— In Barthélemy.

DUPARCQUE. — Maladies de la matrice. Paris, 1839, t. I, p. 339.

A. FERRAND. — Article *Ovarite*. Dictionnaire encyclop. des sci. médic. Paris, 1882, t. XVIII, p. 760-792.

FEULARD. — Des gommes syphilitiques (Gommes des organes génitaux, p. 551).

J. FOULQUIER. — De la syphilis utérine secondaire. *Th. de Paris*, 1881.

J. FRANCESCHINI. — Ménorragie et métrorragie di origine sifilitica. *La Clinica ostetrica*, févr. 1905, fasc. 2 (*Syphilis*, n° 7, juillet 1905).

— A proposito di sifilide uterina. *La Clinica ostetrica*, 1905, fasc. 3 (*Journal des mal. cutanées et syphilitiques*).

— Sur l'origine syphilitique de quelques cancers utérins. *Annales des maladies vénériennes*. Nov. 1906.

A. FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris, 1881.

— Syphilis de l'estomac. *La Syphilis*, 2 avril 1903. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 19 nov. 1878.

GALLARD ET CHURCHILL. — Maladies des femmes, p. 494.

A. GAROFALO. — Un caso di metrorragia siphilitica. *La Clinica ostetrica*, mai 1906, fasc. 10, p. 224.

GAUCHER. — Les manifestations viscérales de l'hérédo-syphilis secondaire. *Gaz. des hôpitaux*, 13 décembre 1904, p. 1393-1396.

GEHRARDT. — Ueber Hirnsyphilis. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1886, n° 28.

GELLÉ. — Endométrite fongueuse et syphilis. *Semaine médicale de l'Expérimental*, 50^e année.

GELLIGGINO. — Endométrite fongosa sifilitica. *La settimana medica*, 20 guigno 1896.

GILL WYLIE. — Diseases of the fallopian tubes. *The medical*

- record.*, vol. XXVII, n° 4, january, 24, 1885, p. 86.
- GUILLEMOT. — Des métrorragies syphilitiques. *Rev. prat. d'obstétriq. et de gynécol.*, n° 4, avril 1907.
- GOLDENSTEIN. — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique. *Th. Paris*, 1908.
- HÉBERT. — Syphilis utérine. *Revue médicale de Normandie* 25 mai 1905.
- HERMANN. — Cité par Silvestri.
- HEUBNER. — Die syphilitischen, Erkrankungen der arterien, Leipzig, 1874.
- HORAND. — Cancer et syphilis (*Thèse Lyon*, 1907).
- IAKSON. — *Med. Vens.*, 1889.
- JACOBS. — Syphilis utérine. *Le Progrès médical Belge*, 1, 1905.
- JAYLE et BENDER. — La leucoplasie utérine. *Presse méd.*, 21 avril 1906.
- JEANNE. — A propos de la syphilis tertiaire péri-utérine. *Congr de gynécol., d'obstétrique et de pédiatrie*, Rouen, avril 1904.
- *Revue méd. de Normandie*, 25 mai 1904.
- *Normandie médicale*, 1^{er} août 1904.
- JOUEN. — Contribution à la syphilis des trompes et des ovaires. *Th. Paris*, juin 1905.
- JOUKOWSKY (W.-P.). — Les métrorrhagies des nouveau-nés. Un cas de métrorrhagie avec colite et syphilis de l'utérus (mort, autopsie). *Vratchebnaja Gazetta*, Saint-Pétersbourg, 1904, XI, 505.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes (2^e édition, 1879, p. 1001 et XXVI, lésions de l'utérus et de ses annexes).
- KLEBS. — Handbuch der pathologischen anatomie, Berlin, 1876, p. 826, t. II.
- Handbuch der pathologischen anatomie, Berlin, 1898, p. 848.
- KOESTER. — Cité par Litten.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, Paris, 1864, p. 280.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, p. 681.

LA TORRE. — Della siflide uterina. *La Clinica Ostetrica*, 1904, vol. VI, fasc. 12.

— Ancora a proposito della siflide uterina. *La Clinica Ostetrica*, avril 1905, fasc. 4.

LAWSON-TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes, Paris, 1891, p. 480.

LEBERT.

LECORCHÉ. — Gomme, des ovaires. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1856, p. 160.

LECOURTOIS. — In traité de Gynécol. de Labadie-Lagrave et Legueu, p. 653.

LÉE (H.). — Syphilitic affections of the uterus. *Lancet*, 1890, ii, 18.

LETULLE. — Utérus de syphilitique. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, décembre 1906, p. 724.

LEVADITI ET SAUVAGE. — Pénétration du treponema pallidum dans l'ovule. *Acad. des Sc.*, séance du 15 oct. 1906, et *Gaz. des Hôp.*, 23 oct. 1906.

LITTEN. — Syphilis du système nerveux. Paris, 1892, p. 3.

L. LONGUI. — La siflide uterina con osservazioni di metrorragia sifilitica. Brindisi, avril 1907.

MARCHESI. — Sclerosi de vasi dell'utero. *Arch. di Ost et Gin.*, n° 2, 1897.

MARTIN. — Traité pratique des mal. des femmes. Paris, 1889, p. 544.

— Contribution à l'étude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin ; traitement par les interventions sanglantes. *Th. de Lyon*.

— Die krankereinder Erleezter. Leipzig, 1895, p. 186.

MARTINEAU. — Aff. de l'utérus et de ses annexes, 1879.

MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1890.

MONPROFIT. — Salpingites et ovarites. *Th. de Paris*, 1888.

MONTANIER. — Affection syphilitique de l'utérus. *Gazette des Hôp.*, 1862, p. 450, XXXV.

MORGAN. (1871).

MORISANI. — Contributo alla conoscenza della siflide uterina tardiva. *Arch. di ostetr. e ginec.*, 1901, p. 27.

- MOURATOW (A.). — Métrorragie syphilitique. *Meditzinskoe obozrenie*, janvier 1907, t. LXVII, p. 52 (en russe).
- NEUMANN. — Die syphilis der vagina, des uterus und seiner adnexe. *Munch. Medicinische Wochens.*, 1895, p. 643-684-727-774-830.
- ÖLSHAUSEN. — Die Krankheit der Ovarien, 1896, p. 446.
- E. OZENNE. — Un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique. Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Origine syphilitique probable de cette dégénérescence. (*Comm. soc. méd. IX^e arrond.*, 8 oct. 1903).
- Un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique. *La Syphilis*, t. II, n^o 3, mars 1904.
- OZENNE, VERCHÈRE, LE FORT ET SIREDEY. — Dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique. Métrorragies rebelles (Congrès de gynécol., Rouen, avr. 1901 ; in *Bull. méd.*, n^o 34, 30 avril 1904).
- De la dysménorrhée chez les syphilitiques. *Soc. de méd. et de chirurgie pratiques*, 1^{er} décembre 1904.
- Note sur deux faits de dysménorrhée douloureuse chez des syphilitiques, l'un à la période secondaire, l'autre chez une hérédosyphilitique, traitement mercuriel ; disparition des douleurs. (*Journ. de méd. de Paris*, n^o 2, 8 janv. 1905).
- Métrorragies d'origine syphilitique à la période tertiaire (angio-sclérose probable de l'utérus). Guérison par le traitement mercuriel. *Bull. soc. méd.*, IX^e arrond. — *Journ. de méd. interne*, 15 janv. 1907.
- N. DE PAGE. — Sulla sifilide utero-annessiale. *La Clinica ostetrica*, 15 sept. 1907, fasc. 17.
- PATACHO (E.). — Syphilides ulcêrosos do collo-uterino (*Soc. des sc. méd. de Lisbonne*, 1904), LXVIII, 22-26.
- PAWLINOW (K.). — Leçons cliniques. Syphilis des organes internes. Moskwa, 1904, 8^e, 58 p.
- P. PETIT. — *Semaine médicale*, 1895.
- PICHEVIN. — Des lésions syphilitiques des ovaires et des trompes. *Sem. gynécol.*, 13 sept. 1904.
- Syphilis des annexes de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*,

- n° 5, 14 janvier 1905, p. 51, et n° 8, 21 janv. 1905, p. 87-92.
- La syphilis utérine. *Semaine gyn.*, n° 8, 21 fév. 1905.
- Des hémorragies utérines à la ménopause. *Semaine gynécol.*, n° 35, 28 août 1906.
- PICHEVIN ET AUG. PETIT. — *Gaz. méd. de Paris*, 23 novembre 1895. Lésions vasculaires de l'utérus et métrorragies. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 353-356 et p. 361-363.
- PILLIET ET BARADUC. — *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1896, p. 338.
- PINARD. — Congrès national périodique de gynécol. de Rouen, 1904. Discussion, p. 320.
- POLAILLON. — *Maladies des femmes*. Paris 1901, p. 524.
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. Paris, 1897, p. 661.
- POZZI ET LATTEUX. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 5, 1899.
- QUEIREL. — La syphilis placentaire. *Revue française de médecine et de chirurgie*, 20 févr. 1905, p. 151.
- QUÉNU. — De la transformation caverneuse de la muqueuse utérine dans certaines formes de métrites. *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1893, N. XIX, 613.
- REINEKE. — Die sklerose der Uterusarterien und die Klimaterischen Blutungen. *Arch. f. Gyn.*, 1897. Bd. LIII, Heft, 2, p. 340.
- REY. — Syphilis de l'utérus et des annexes. *Th. Paris*.
- RICHELOT. — Utérus et annexes. XVIII^e Congrès de chirurgie, 27 oct. 1905.
- A. RICHET. — *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 701, 5^e édition.
- M^{l^{le}} ROBINEAU. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'utérus. Congrès gyn. de Rouen, avril 1904, in *Bull. méd.*, n° 34, 30 avril 1904.
- ROLLET. — Des maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus, *Ann. de dermat. et de syph.* Paris 1868-1869, i. 33; 100 : 1869-1870, ii, 50-58.

- RUDAUX. — Dystocie par rigidité syphilitique du col ; opération de Porro. Mort de la mère et de l'enfant. *Soc. d'obs-tétr., gyn. et pédiatrie.*
- SAGUET. — Hémorragies utérines de nature syphilitique. *Union médicale du Nord-Est*, 31 janv. 1899, p. 23.
- SIREDEY. — Discussion Congr. gyn. Rouen, avril 1904, et Soc. méd. de Paris.
- SCHMIDT. — Métrorrhagies et métrites hémorragiques. *Th. Paris*, 1896.
- SILVESTRI. — Ilioduro de potassio nella endometrite emorragica. *Gazz. degli osp. delle cliniche*. Sem. II, n° 139, 1898.
- STEPKOWSKY. — Beitrag zur Lehre von den metrorrhagien unbekannter Ursprunger. *Gaz. Sek.*, p. 1329, 1896.
- DE SYNÉTY. — Traité de gynécologie, 1896.
- STANZIALE. — Ricerche istologiche sulle alterazioni luetiche delle arterie cerebrali. *Annali di Nevrologia*, fasc. 1-3, 1893.
- TARNIER ET BUDIN. — *Passim.*
- THÉVENET. — *Thèse de Paris*, 1876, p. 30.
- VERCHÈRE. — Congr. de gynécol. de Rouen, 1904. *Bull. méd.*, 1904, p. 399.
- VIRCHOW. — *Passim.*
- VERDALLE. — Leucoplasie du col de l'utérus : ses rapports avec la syphilis. *Annales de Derm. et de syph.*, 1894.
- WASSILIEFF. — Essai critique sur les salpingites syphilitiques. *Soc. méd. du IX^e arrondissement*, 13 octobre 1904, in *Journ. méd. de Paris*, n° 44, 30 octobre 1904.
- WELLS. — In *Boldt*.
- WHITESIDE. — Gomme de la trompe de Fallope, *Boston med. and. surg. J.*, 17 décembre 1903, p. 671 ; et *la syphilis*, 1905, p. 151.
- WHITEHEAD. — *Archives*, 1846, t. XII, p. 488.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9

PREMIÈRE PARTIE

SYPHILIS TERTIAIRE DE L'UTÉRUS

Généralités et historique	13
Anatomie pathologique	18
I. — <i>Syphilis tertiaire du col utérin</i>	20
II. — <i>Syphilis tertiaire du corps de l'utérus</i>	28
A) Syphilides ulcéro-gommeuses.	28
B) Syphilides scléreuses.	33
Étiologie et pathogénie	54
Symptomatologie	61
I. — <i>Syphilis tertiaire du col</i>	63
II. — <i>Syphilis tertiaire du corps</i>	65
Diagnostic	72
I. — <i>Diagnostic étiologique</i>	72
II. — <i>Diagnostic différentiel</i>	76
A) Diagnostic de la syphilis tertiaire du col	77
B) Diagnostic de la syphilis tertiaire du corps	79
III. — <i>Diagnostic du siège</i>	84

Traitement.	85
I. — Général.	85
II. — Local	89

DEUXIÈME PARTIE

SYPHILIS TERTIAIRE DES ANNEXES

1° Syphilis tertiaire des trompes.

Généralités.	91
Historique.	93
Étiologie.	95
Pathogénie.	97
Anatomie pathologique	98
Symptomatologie	104
Diagnostic. Pronostic. Traitement	113

2° Syphilis tertiaire des ovaires.

Généralités.	115
Historique et exposé critique des faits	117
Anatomie pathologique	132
<i>Marche et évolution des lésions.</i>	140
Pathogénie.	141
Symptomatologie.	144
Diagnostic	151
Pronostic et traitement	155

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS	159
--------------	-----

Conclusions	255
Bibliographie.	261

